

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS**

**EUTIMIDES RAMIREZ VIAMONTE**

**Pelotas, 2015**

**Eutimides Ramirez Viamonte**

**Melhoria da Atenção à Saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

V613m Viamonte, Eutímidés Ramirez

Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS / Eutímidés Ramirez Viamonte; Giselle Lima Aguiar Correia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Correia, Giselle Lima Aguiar, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

A UFPEL pela oportunidade de fazer esta especialização elevando meus conhecimentos e qualidade científica e contribuir a melhorar meu domínio do idioma Português.

A minha orientadora pelas orientações precisas para o desenvolvimento da intervenção.

Agradeço a minha família: mãe, pai, filhos e esposo pelo apoio e por constituir o motor impulsor para continuar até o final.

## Resumo

RAMIREZ, Eutimides Viamonte. **Melhoria da Atenção à Saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.** 2015. 98 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de morbimortalidade fazem um número expressivo e ainda faz parte da realidade social e sanitária neste País. Tais indicadores de morbimortalidade ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao recém-nascido e as crianças até 72 meses. Diante disso, e a partir de uma análise situacional se organizou um projeto de intervenção para esta faixa etária. A intervenção tem como objetivo geral melhorar a Atenção à Saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, logo foi reduzido para 12 semanas por determinação da coordenação do Curso UFPEL, desde março até junho do ano 2015. Das 88 crianças pertencentes à área de abrangência, conseguimos um indicador de cobertura de 65,9% (58 crianças), conseguimos atingir resultados importantes como: monitoramento do crescimento em 100% das crianças, monitorar 100% das crianças com déficit e com excesso de peso, monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, vacinou 94,8% das crianças de acordo com a idade, realizar suplementação de ferro em 81,% das crianças de seis a 24 meses. Ainda que os resultados não fossem atingidos para todas as metas propostas, foi muito importante para o serviço, constituindo o impulso para manter incorporado na rotina do trabalho. A equipe está mais bem integrada, melhor capacitado, conhece a forma de trabalho e podemos melhorar a intervenção incorporada na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. O desenvolvimento da intervenção foi importante para o serviço já que mobilizou a atenção a um maior número de pessoas, tanto crianças na faixa etária compreendida no projeto, como de outras crianças maiores, de suas mães e de outros familiares.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Acolhimento; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 1  | Gráfico com a cobertura de crianças de zero a 72 meses inscritas no programa na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.             | 64 |
| Figura 2  | Gráfico com a cobertura de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.                         | 65 |
| Figura 3  | Gráfico com Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.  | 67 |
| Figura 4  | Gráfico com Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.                                 | 68 |
| Figura 5  | Gráfico com Proporção de crianças com triagem auditiva. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.   | 69 |
| Figura 6  | Gráfico com Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.                          | 70 |
| Figura 7  | Gráfico com Proporção de crianças com avaliação de necessidades de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.                  | 71 |
| Figura 8  | Gráfico com Proporção de crianças com primeira consulta odontológica. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.   | 72 |
| Figura 9  | Gráfico com Proporção de crianças com registro atualizado. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.  | 73 |
| Figura 10 | Gráfico com Número de crianças colocadas a mamar durante a primeira consulta. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.                                 | 75 |
| Figura 11 | Gráfico com Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal e prevenção de caries. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015. | 77 |

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.**

|       |   |
|-------|---|
| ACS   | Agente Comunitário da Saúde             |
| APS   | Atenção Primária em Saúde               |
| CA    | Câncer                                  |
| CEO   | Centro de Especialidade Odontológica    |
| DM    | Diabetes Mellitus                       |
| ESF   | Estratégia Saúde da Família             |
| ESB   | Equipe de Saúde Bucal                   |
| GTI   | Grupos de Trabalho Inter setoriais      |
| HAS   | Hipertensão Arterial Sistólica          |
| NAAB  | Núcleos de Apoio a Atenção Básica       |
| NASF  | Núcleo de Apoio a Saúde da Família      |
| RN    | Recém Nascido                           |
| PA    | Pressão Arterial                        |
| PACS  | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PSE   | Programa Saúde na Escola                |
| SMS   | Secretaria Municipal de Saúde           |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                  |
| UBS   | Unidade Básica de Saúde                 |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas         |

## Sumário

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Apresentação .....   | 8                                    |
| 1 Análise Situacional .....  | 9                                    |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....  | 9                                    |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional .....   | 10                                   |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 23                                   |
| 2 Análise Estratégica .....  | 24                                   |
| 2.1 Justificativa .....  | 24                                   |
| 2.2 Objetivos e metas .....  | 26                                   |
| 2.2.1 Objetivo geral .....   | 26                                   |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas .....  | 26                                   |
| 2.3 Metodologia .....  | 28                                   |
| 2.3.1 Detalhamento das ações .....   | 28                                   |
| 2.3.2 Indicadores .....  | 47                                   |
| 2.3.3 Logística .....  | 52                                   |
| 2.3.4 Cronograma.....  | 57                                   |
| 3 Relatório da Intervenção.....  | 59                                   |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....   | 59                                   |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....   | 62                                   |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....                            | 62                                   |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....                       | 62                                   |
| 4 Avaliação da intervenção.....  | 63                                   |
| 4.1 Resultados.....  | 63                                   |
| 4.2 Discussão .....  | 76                                   |
| 5 Relatório da intervenção para gestores .....   | 78                                   |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....   | 81                                   |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....                           | 84                                   |
| Referências .....  | 86                                   |
| Apêndices.....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| Anexos. ....   | 87                                   |



## **Apresentação**

O volume trata sobre o Programa de Atenção a Saúde da Criança, a Melhoria da atenção destas crianças na faixa etária de zero até 72 meses, na UBS Alceu Wamosi do município Barão do Triunfo em Rio Grande do Sul, no período compreendido desde março até junho de 2015, no período de 12 semanas.

O volume está organizado em cinco capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional fornece informações sobre o município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho.

O Capítulo 2 – Análise Estratégica trata de como o Projeto de intervenção foi elaborado, detalhando objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logísticas e cronograma.

O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção fornece ao leitor informações sobre como se deu a intervenção ao longo das 12 semanas, descrevendo as ações que foram executadas ou não, suas facilidades e dificuldade, bem como a viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço.

O Capítulo 4 – Apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

Capítulo 5 e 6 – Serão apresentados os relatórios para gestão e comunidade, respectivamente.

Por fim, o Capítulo 7, será apresentado uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

As atividades educativas são de extrema importância, podendo-se abordar vários assuntos sobre saúde e nutrição, como orientar as famílias para adquirirem hábitos mais saudáveis.

Apresentamos uma população do município, sendo 7018 pessoas, onde sua grande maioria reside na zona rural.

Para contribuir com esse objetivo, em nossa ESF oferecemos consultas de puericultura, desde zero ano até 72 meses, agendando as mesmas e dando prioridades aos menores de um ano. Ainda não conseguimos que o total das mães, levem as crianças a estas consultas com a periodicidade orientada, mas estamos fazendo o trabalho conjunto em toda a equipe, para melhorar esse indicador de qualidade e recuperar o atendimento das crianças. Temos tomado como estratégia, a solicitação nossa, que comecem a fazer aplicação de vacinas na ESF, pois temos uma sala com todas as condições para isso, mas não temos pessoas capacitadas, então solicitamos uma enfermeira vacinadora, para fazer este procedimento, pois nossa equipe se encontra na zona rural.

A ESF trabalha com uma equipe que tem odontologista, auxiliar odontológico, auxiliar geral, enfermagem, técnico de enfermagem, um médico e quatro agentes comunitários, um em cada micro área. Acho que a equipe tem capacidade de identificar os riscos e vulnerabilidades da demanda espontânea, que tem boa organização do acolhimento. Ele pode ser feita por vários membros da equipe, geralmente em primeira vez, por enfermeiro e técnica de enfermagem, auxiliar geral que nos ajuda, junto com a técnica odontológica, na confecção da ficha

de atendimento individual do usuário; às vezes eu também participo do acolhimento. Não temos excesso da demanda espontânea e damos cumprimento a elas, facilitando acessibilidade ao serviço, pois se faz recepção do usuário na sala de espera, se faz triagem na sala de triagem, fazendo também classificação de riscos; se não temos usuários com urgências, então os usuários são atendidos por ordem de chegada. Quando temos usuários com urgências, oferecemos atendimento imediato, explicando a outros usuários a situação de risco. Na consulta odontológica, também se oferece atendimento a demanda espontânea, mesmo a pacientes adultos como as crianças.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Barão do Triunfo é uma cidade situada no estado do Rio Grande do Sul, que foi fundada em 1992. Segundo o censo de 2010 possui uma população de 7018 pessoas que em sua maioria reside na zona rural. A distribuição da população no território está assim dividida: 697 munícipes residindo na zona urbana e 6.321 na zona rural sendo que 3.741 são do gênero masculino e 3.277 do feminino.

Temos no município duas Unidades de Saúde (UBS tradicional) sendo que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada no centro do município, atendendo usuários de todo o município e que oferece os seguintes atendimentos: clínico geral, odontológico, pediátrico, ginecológico, obstétrico, psicológico, psiquiátrico e de enfermagem. O atendimento ambulatorial nesta unidade funciona das 7h às 19h, sendo que, após esse horário e nos sábados, domingos e feriados, os médicos e os serviços de enfermagem, ficam de plantão para atendimentos em casos de emergências. Esta unidade dispõe de diversos equipamentos para o atendimento constante na atenção básica. São realizados os programas de prevenção, imunização, teste do pezinho, vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador), pré-natal, coleta de exames cito patológico, e grupos de educação em saúde. Nesta unidade, quando necessário, são encaminhados todos os casos de urgências e emergências do município. Constantemente são feitas melhorias nesta unidade, tanto na parte estrutural, quanto de equipamentos. A outra unidade urbana é uma unidade que foi construída próximo à unidade já existente. Depois de concluída a obra, os serviços existentes

na primeira serão divididos entre as duas, onde na UBS central, será o pronto-atendimento e no novo prédio, será focada a área da APS.

O município tem uma ESF Rural, localizada na Zona Dos Pacheco, a ESF Alceu Wamosi. A Unidade foi instalada no ano de 2011, na comunidade de Serra do Herval, no interior do município, ficando distantes 26 quilômetros da sede da cidade. Neste estabelecimento, são oferecidos os serviços habituais da saúde da família, sendo que possui a seguinte equipe: quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem, um médico, uma enfermeira, uma odontóloga, um auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. Esta unidade serve de referência para quatro micros áreas, atendendo em média 449 famílias, totalizando aproximadamente 1.269 pessoas. Cada agente comunitário de saúde é responsável por um micro área.

Nesta unidade são realizadas atividades de educação permanente, educação em saúde, de promoção, recuperação e prevenção em saúde.

Os Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB), são a iniciativa do governo do Estado para apoio e fortalecimento das ações em saúde, realizadas pela Atenção Básica, com enfoque especial nos problemas de saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste município, não temos disponibilidade de NASF, nem de CEO, nem de serviço hospitalar; a disponibilidade de atenção especializada é pouca, tem um Psiquiatra, um Ginecologista Obstetra, uma Psicóloga, e um Pediatra. A disponibilidade de exames complementares é pouca, só de Laboratório clínico, não temos RX, Ecografia, nem Eletrocardiograma. Os usuários são encaminhados até Porto Alegre e outros municípios.

O município participa da proposta do PSE que é centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Inter setoriais (GTI), numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução, monitoramento e a avaliação das ações são realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais.

A Unidade Alceu Wamosi dispõe de uma estrutura adequada, com diversos equipamentos para aperfeiçoar o atendimento. As condições estruturais são boas, temos uma sala de espera, sala de odontologia, sala de triagem, sala de consulta de enfermagem e sala do médico, dois banheiros, e cozinha, também sala de vacinas, e sala de expurgo. Já existe um projeto para ampliar a ESF, com a construção de outro banheiro para trabalhadores e uma sala de espera para vacinas e farmácia.

A UBS tem rampas alternativas para o deslocamento das pessoas com limitação de sua mobilidade. Não existe sala de reuniões, também não temos banheiros com portas adaptadas, não tem corrimãos, ainda assim, temos calçada adequada para o acesso das pessoas, também temos disponibilidade de cadeiras de rodas, e as deficiências mencionadas não constituem um problema, já que os pacientes com incapacidade são levados à consulta em cadeiras de rodas.

Nossa ESF tem vínculo com duas instituições de ensino, a E.M.E.F.C. Marechal Deodoro da Fonseca, com 199 alunos, localizada na zona dos Pachecos e a E.M.E.F.C. Egídio Vieira da Silva, com 277 alunos, localizada na Serra do Herval.

Tendo em vista as atribuições dos profissionais da equipe de saúde, consolidando a Estratégia de saúde da família como a forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, pode-se falar que todos os integrantes da equipe da ESF participam no mapeamento e territorialização da área, bem como os agentes comunitários fazem o maior esforço para complementar o cadastramento de toda a população da área. Procuramos realizar ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação precoces, reduzindo os danos à saúde de nossa população, tendo em conta as condicionantes de saúde das coletividades em na área de trabalho, pois temos população de muito baixos níveis socioculturais, com precárias condições higiênicas.

Oferecemos atendimentos baseados em princípios de acessibilidade, da integralidade da atenção, da humanização e participação social; procuramos fazer um planejamento e programação de atividades de consultas, visitas domiciliares, estabelecendo prioridades que se determinam nas reuniões de equipe, que se faz uma vez por semana, discutindo os casos mais problemáticos, oferecendo atenção domiciliar aos usuários identificados, com a participação de vários integrantes da equipe. Realizamos atividades de grupos de hipertensos, diabéticos, tabagistas, usuários idosos, e atividades de apoio para o aleitamento materno, em mulheres grávidas. Fazemos busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas, como as mães de lactantes. Programamos palestras prévias ao início da consulta, sobre doenças que mais afetam na comunidade e orientamos hábitos higiênicos adequados, já que é um problema prioritário, identificado por nossa equipe, durante consultas e visitas domiciliares. Também oferecemos atendimento de urgências e procedimentos de pequenas cirurgias, pois são frequentes as feridas em membros,

porque a população se dedica geralmente as lavouras agrícolas na plantação do fumo.

Quando é preciso fazemos a referência do usuário para outros níveis do sistema de saúde, temos que relatar que não se consegue uma adequada inter-relação entre os diferentes níveis de atendimento, pois os casos encaminhados não retornam com modelo de contra referência, também muitas vezes, desconhecemos onde encaminhar ao usuário. Todo o processo de marcação de consultas começa na unidade de saúde, onde o médico avalia a necessidade de encaminhamento do usuário a uma avaliação especializada. A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que cadastra o pedido no sistema informatizado, e este indica a disponibilidade para a marcação. Após a consolidação da regulação do acesso às consultas e exames oferecidos pela Capital aos pacientes da Região Metropolitana e Interior, o sistema será expandido para regular o acesso ao atendimento ambulatorial em outros municípios de referência.

Também detectamos pouca participação de grupos de ações comunitárias, mas há a realização mensal de reunião com o Conselho Local de Saúde, para conseguir seu apoio em atividades comunitárias e casos pontuais preocupantes. Temos que destacar, o apoio das assistentes sociais no município e da psicóloga, para os seguimentos de usuários de saúde mental.

O cuidado à demanda espontânea na AB deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma de garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS. Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto socorro ou pronto atendimento, pois Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo e da escuta qualificada, o que caracteriza a continuidade do cuidado, além disso, a equipe tem que ser capaz de dar uma resposta positiva aos usuários, dar suporte a alguém de seus familiares, utilizar medicação os procedimentos que cure o alivie uma dor, também possibilita oferecer escuta a quem chega ansioso o

nervoso querendo atendimento imediato. O usuário também define o que é necessidade de saúde para ele. Devemos reconhecer a demanda apresentada pelo usuário e importante que ela seja acolhida e escutada como legítima.

Em minha ESF trabalha só uma equipe, acho que temos capacidade de identificar os riscos e vulnerabilidades da demanda espontânea, que temos boa organização do acolhimento. O acolhimento pode ser feito por vários membros da equipe, geralmente, em primeiro pelo enfermeiro, técnica de enfermagem, e técnica odontológica que nos ajuda também na confecção da ficha de atendimento individual junto á auxiliar geral. Às vezes, em dependência da quantidade de pacientes, eu também participo do acolhimento. Fazemos atendimento a 12 pacientes de manhã e 12 pacientes de tarde, por ordem de chegada, pois sempre este número de pacientes da demanda espontânea, supera o número de pacientes agendados para consultas. Mas não temos excesso da demanda espontânea frequentemente, e damos cumprimento a elas facilitando acessibilidade ao serviço, pois se faz recepção do paciente na sala de espera e enfrente se faz triagem na sala de triagem fazendo também classificação de riscos; se não temos pacientes com urgências então os usuários são atendidos por ordem de chegada, se temos pacientes com urgências, oferecemos atendimento imediato explicando a outros pacientes a situação de risco. Até agora não constitui um problema, pois todos colaboram.

Também estamos incrementando as atividades de educação em saúde e o trabalho com os grupos de Hiperdia, tendo 4 grupos, um grupo por cada micro área, procurando a inserção de outros profissionais de saúde. Aumentamos as pesquisas destes agravos mediante controles de pressão arterial dos pacientes maiores de 18 anos em visitas domiciliares e em consultas, assim mesmo indicar exames de pesquisa de Diabetes M. a pacientes de risco por obesidade, antecedentes familiares desta doença, mães de macro fetos, e outras doenças crônicas de começo recente, entre outros. Mediante audiências de saúde nestes grupos tentamos aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância de hábitos alimentares adequados, da manutenção do peso saudável, prevenindo o excesso de peso e promovendo uma vida ativa com adequada atividade física. Procuramos atualizar os registros de Hiperdia dos pacientes com ditas doenças em nossa área de abrangência; agendar consultas dos pacientes que não tem seguimento faz mais de três meses para indicar exames e fazer avaliação laboratorial, indicar tratamento para controlar a doença e classificar de acordo as

categorias de risco cardiovascular refletindo nos prontuários todas as ações realizadas, registrando acompanhamento e indicando exames de rotina anualmente e refletindo ditos resultados nos prontuários. Acho que com nestas estratégias melhoraremos a cobertura e os indicadores da qualidade do controle destas doenças crônicas. Também temos um grupo de pacientes com patologias psiquiátricas que são avaliados pelo NAAB, especificamente pela equipe de saúde mental integrado pelo Psiquiatra, Psicóloga e uma técnica, que fazem encontro mensal para o desenvolvimento de técnicas de ergoterapia.

A população da área adstrita é de 1269 pessoas, esta população tem muito baixos níveis educacionais, dedicam-se as lavouras agrícolas, sobre tudo, ao cultivo de fumo. A maioria não tem meios de transporte que facilitem o acesso a Equipe de Saúde da Família (ESF). A estimativa do caderno de ações programáticas trouxe a seguinte distribuição populacional:

|   |       |
|---|-------|
| Mulheres em idade fértil (10-49 anos)       | 524   |
| Mulheres entre 25 e 64 anos                 | 465   |
| Mulheres entre 50 e 69 anos                 | 174   |
| Gestantes na área - 1,5% da população total | 25.29 |
| Menores de 1 ano                            | 20    |
| Menores de 5 anos                           | 40    |
| Pessoas de 5 a 14 anos                      | 250   |
| Pessoas de 15 a 59 anos                     | 1104  |
| Pessoas com 60 anos ou mais                 | 230   |
| Pessoas entre 20 e 59 anos                  | 966   |
| Pessoas com 20 anos ou mais                 | 1196  |
| Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão | 377   |
| Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes    | 108   |

Tabela 1. Distribuição da população por faixa etária da Unidade Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.

Em relação ao atendimento infantil observa-se que a população é muito dispersa, o que dificulta as mães procurar a assistência das crianças às consultas de puericultura em idade de maior risco. Não temos arquivos específicos para os registros dos atendimentos da puericultura, o qual identificaria melhor as crianças faltantes, mas já solicitamos dos agentes comunitários um registro das crianças por grupos de idades para fazer um planejamento mais certo das consultas de puericultura. Até agora as consultas que foram feitas foram registradas nos



prontuários e sempre solicitamos as cadernetas para refletir nelas os dados de peso e comprimento, revisar vacinas, desenvolvimento psicomotor, revisar fórmula dentária, por tais motivos não encaminhamos recém-nascidos a odontologia, além de orientarmos sobre alimentação. Também se faz ações de promoção à saúde em relação aleitamento materna, prevenção de acidentes, segundo as idades e ainda sobre a importância das vacinas.

As patologias mais frequentes das crianças até 72 meses na demanda para o atendimento de casos agudos são as infecções respiratórias altas, verminoses, infecções dermatológicas e outras, mas essa demanda não ocorre em excesso. Apesar de não ocorrer excesso de demanda, não há uma programação ou agendamento para as crianças, sendo todas atendidas por meio de consultas de demanda espontânea, fator este que atrapalha o seguimento das crianças especialmente às menores de um ano.

Em nossa ESF temos 18 menores de um ano cadastrados, sendo a cobertura deste indicador segundo o caderno de ações programáticas é de 90%. Destes, 11 tem seguimento em consulta de puericultura, o resto não é assistido em consultas ainda, foram listados pelos seus agentes comunitários. A ausência de registros não permitiu a avaliação dos indicadores de qualidade.

As consultas são realizadas por mim, a enfermeira faz distribuição de Vitamina A e começamos a aplicação de suplemento de ferro para as crianças a partir de seis meses de idade. Coloco em destaque que a ESF não teve médico há mais de um ano, e, portanto o acompanhamento de muitas crianças foi descontinuado. Temos odontólogo que atende por agendamentos e alguns pacientes por demanda espontânea, inclusive infantil. Temos certeza que o atendimento ainda pode ser melhorado nos diferentes grupos de idades quanto à saúde da criança, com o melhor planejamento especialmente das consultas de puericultura, seguindo protocolo e concluindo o processo de cadastramento.

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo, assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, prevenindo a mortalidade e morbidade da mãe e da criança através de uma série de cuidados e recomendações que incluem: ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos problemas neste período.

Nossa equipe começou o atendimento na unidade faz menos de três meses na ESF, o que acarreta que 100% de mulheres grávidas da área fazem atendimento com o ginecologista-obstetra que trabalha no município e na unidade central. Elas fazem exames de imagem (ECOGRAFIA) nos dias de sábado no município a cada 15 dias e outros exames laboratoriais no laboratório que tem no município, que tem convênio com secretaria, mas só para alguns tipos de exames. A equipe inicia a oferta de cuidado materno – infantil, procurando resgatar o atendimento, começando com a captação precoce de recém-nascidos e puérperas, mediante visitas domiciliares, planejando o posterior seguimento deles na consulta. Também fazemos visitas domiciliares a mulheres grávidas, orientando os cuidados no atendimento, a importância do seguimento nas consultas e as vantagens do aleitamento materno, mas ainda não conseguimos que façam seu atendimento pré-natal completo na ESF, porque preferem o médico que fez seus controles iniciais. Mas, pretendemos com o novo cadastramento populacional, conhecer ao máximo a população de mulheres em idade fértil, e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar ou já têm filhos, a participar das atividades de planejamento familiar. Isso permitirá garantir captações precoces de mulheres grávidas e seguimento completo por nossa equipe, permitindo que a gestante expresse suas preocupações, garantindo a atenção resolutiva e a continuidade da assistência e possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe.

O caderno de ações programáticas estimou 1,5% de gestantes na nossa área, mas temos cadastradas na nossa área quatro gestantes apenas, do número estimado (25,29), no Caderno de ações programáticas. Além disso, o caderno estima 524 mulheres em idade fértil e temos 384 mulheres cadastradas neste grupo de idade, pelo qual, olhando o caderno destacamos que os nossos denominadores estão abaixo dos denominadores estimados para o total de população cadastrada. Faz alguns anos que foi levantado o número de 1345 pessoas, ainda o cadastramento atual não está concluído, mas até agora temos 1269 pacientes na área de abrangência. As mulheres grávidas, apesar de fazer suas consultas com o ginecologista obstetra do município, são visitadas no domicílio pelos agentes comunitários e pela equipe de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem para implementar ações de educação em saúde, sobre cuidados do desenvolvimento, fomentar aleitamento materno e assistência a consulta de puericultura e garantir o controle de risco concepcional.

No momento, possuímos 4 puérperas e igual número de recém-nascidos que mantêm seguimento com nossa equipe. O caderno de ações programáticas estimou 20 puérperas, de modo que temos uma estimativa de cobertura de 20%. Na unidade de saúde as puérperas são acompanhadas em consulta ou visita domiciliar nos primeiros 45 dias, oferecendo educação para a saúde sobre importância do aleitamento materno, técnica adequada para a pega, cuidados do puerpério e prevenção de futura gravidez, mediante uso de anticoncepcionais adequados.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionada com os Cânceres do Colo de útero e da mama, constitui responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde, realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce, com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. Em nossa ESF, ainda não tenho o total de usuárias cadastradas entre 25 a 69 anos, e de 50 a 69 anos só tenho até agora 87 mulheres, faixas etárias específicas para a pesquisa de CA de Colo uterino e CA de mama respectivamente, pois ainda, os ACS trabalham no cadastramento da população da área de abrangência, mas estamos fazendo rastreamento organizado e oportuno de prevenção de câncer de colo de útero.

As amostras são coletadas pelo enfermeiro, de forma programada nas sextas-feiras, todas as semanas, ele registra no prontuário clínico da usuária e em arquivo registro, onde também são registrados os resultados; até agora desde junho, foram feitos 27 preventivos, sendo que nenhum com resultado positivo. Em consulta, fazemos exame clínico para rastreamento de câncer de mama, registrando o procedimento no prontuário da usuária e solicitamos mamografias, as quais são agendadas na secretaria municipal de saúde. Temos que dizer que a forma de registro que teve a ESF, não permitiu o preenchimento de todos os dados que solicita o caderno de ações programáticas; pois o total de mulheres cadastradas até agora, em idade de 25-64 anos representa 56% do estimado, sendo 262 mulheres, delas, 245 mulheres (69%) com cito patológico em dia e 17(6%) atrasadas há mais de 6 meses e não especifica nenhuma coleta de amostra não satisfatória. O registro foi iniciado em 2012, e em 2013 tem registrado poucas mulheres, nenhum registro positivo de células cancerígenas. Também não tenho conhecimento de usuárias com esse tipo de câncer na área de abrangência. Avaliamos que a cobertura de prevenção de câncer tem um registro inferior ao existente, mesmo assim, este tem

influência negativa nos indicadores da qualidade de controle do Câncer de Colo de útero.

Situação muito similar tem nos controles de Câncer de mama, pois o total de mulheres cadastradas e de 87 mulheres que representa 50% do total estimado (174). Não existem registros de controles de mamografia, nem em prontuários que referem o procedimento feito, nem exame clínico da Mama. Por tais motivos, achamos dificuldades no processo de trabalho e dos poucos indicadores da qualidade de Prevenção de Câncer da mama.

Para melhorar o processo de trabalho, os agentes comunitários devem concluir o cadastramento total da população na área de abrangência, com solicitação de resultado de exame preventivo de colo de útero. Também nossa equipe já começou a fazer um novo registro de controle de mulheres em idade de 25 a 64 anos, que inclui data de nascimento, idade, a data de coleta de amostras de cito patológico, resultado e o registro das mulheres de 50 a 69 anos para o melhor seguimento de estudo de mamografia com data e resultado dos mesmos. Temos planejada uma palestra semanal em cada micro área no próximo mês, para orientar as mulheres de mais de 25 anos sobre a importância da prevenção de câncer do colo de útero e de câncer de mama, mediante a realização de cito patológico, uso de camisinha em todas as relações sexuais, e importância do autoexame de mama e da mamografia. Acho que com essas estratégias, podemos ampliar a cobertura e a qualidade do controle das doenças crônicas analisadas. Além disso, temos na sala de espera, vários tabletes que explicam a forma de fazer o autoexame das mamas e assistir a realização do preventivo para evitar precocemente o câncer de mama e do colo uterino.

A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus, representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, as quais constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Estas doenças levam, com frequência, a invalidez total ou parcial do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, amplia a progressão das já existentes. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos.

Não foi possível fazer o preenchimento de todos os dados solicitados no Caderno de ações programáticas referentes à HAS nem Diabetes Mellitus, já que não temos registros atualizados dos usuários de HIPERDIA, pois infelizmente, há mais de um ano esta população esteve carente de serviços médicos. Tendo em conta os denominadores estimados deste caderno, para o total de usuários cadastrados até agora, os usuários de 20 anos e mais com diagnóstico de HAS são 193 pacientes, e portadores de Diabetes 57 pacientes, que representam 60% e 61% respectivamente, representando 40% e 39% por baixo dos estimados, que foram de 377 hipertensos e 108 diabéticos. Acho que esta situação é devida a falta de pesquisas destas doenças nesta população e a falta de conhecimentos dos agentes comunitários, dos critérios para classificar o usuário como portador delas. Mesmo assim, considero que a cobertura de atenção destas doenças e outros indicadores da qualidade, ainda podem melhorar, pois nem todos os usuários têm registrado nos prontuários a classificação de risco, nem exames.

O propósito nosso é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo o acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de reorganização de nossos serviços e nossas capacitações profissionais. Acho que com estas estratégias, melhoraremos a cobertura e os indicadores da qualidade do controle destas doenças crônicas.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, associada a morbidades. Elas podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa, a qualidade de vida dos idosos. Envelhecer não é sinônimo de doença, envelhecer com saúde é um direito da cidadania, por isso representa uma grande conquista social a atenção integral a saúde do usuário idoso.

Na ESF, o acompanhamento dos idosos é realizado por todos da equipe. Temos identificados 174 pacientes (76%) dos usuários idosos, a estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela do caderno de Ações Programáticas é de 230 pacientes, e não parece adequada da

realidade de área de abrangência, acho que porque ainda não termos concluído o cadastramento completo, também por migrações a cidades próximas, e óbitos, pois não existem registros adequados que informem esses dados, nem foi possível o preenchimento de todos os dados que solicita no Caderno.

A cobertura da saúde nestas pessoas é boa, ainda não sendo ótima, pois existem aspectos do processo de trabalho que podem melhorar-se, por exemplo, com o registro único dos pacientes idosos que inclui doenças crônicas e data de consultas, data de visita domiciliar; o qual permite um melhor planejamento das ações com eles. Fazer avaliação funcional e buscar verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas, é um instrumento onde terão em mãos, informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. Oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação e acompanhamento.

Queremos aumentar a participação de maior quantidade de idosos nas atividades artesanais que faz a equipe de saúde mental e iniciar a realização de exercícios físicos com um professor de Educação física. Ainda não temos concluído o cadastramento, pois falta uma agente por terminar, por tais motivos, podem existir variações respeitando aos dados informados inicialmente, além disso, vão tendo muitas migrações da comunidade, até a zona urbana.

O Ministério da Saúde, em janeiro de 2004, divulgou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo da reorganização do modelo, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, incorporando ações voltadas à promoção e proteção da saúde, ao lado daquelas de recuperação.

Atenção Primária:

Para compreensão integral da Política Nacional de Saúde Bucal, temos que apresentar as ações de saúde de atenção primária, que devem ser ampliadas e qualificadas, incluindo:

- Ações de promoção, proteção e prevenção à saúde, como a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a aplicação tópica de flúor e a prevenção e controle de câncer bucal; Ações de recuperação, envolvendo diagnóstico e tratamento das doenças e de reabilitação implantação e aumento da resolubilidade do pronto atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na atenção primária, pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e periodontal que não requeira procedimento cirúrgico; - inclusão de reabilitação protética na atenção primária;

Na minha ESF temos uma equipe de saúde bucal composto por uma dentista e uma assistente dental, elas tem 28 horas semanais, 26 horas para atendimento clínico, 2 horas para reunião de equipe, distribuídas de segunda a quinta feira. A forma de registro permitiu o preenchimento de quase todas as partes do Caderno de ações programáticas, mais não temos de separados por idades os atendimentos não programados; olhando dito Caderno avaliamos como adequada a média de procedimentos clínicos por habitantes por mês, o mínimo é 0,4 e temos 0,5 %. A primeira consulta odontológica programada em grupos prioritários é de 19 por mês. Em quanto às ações coletivas não tem programadas atividades, só trabalho na escolha uma vez ao mês alternando com a equipe médico, mais não tem com outros grupos específicos. Acho que os indicadores da saúde bucal podem ser melhorados com a nova conformação dos grupos de Hiperdia na comunidade, grupos de saúde mental, grupos da melhor idade, assim como das consultas de puericultura, o qual permitiria aumentar as atividades coletivas e individuais e incrementar as orientações sobre alimentação saudável e escovação supervisionada. Tinindo em conta que o sevcio odontológico tive diversas afetações na ESF devido a falta de anestésico local adequado ou em quantidades suficientes, ou rotura de instrumentos as vezes, foram afetado os indicadores de procedimentos clínicos em grupos prioritários, por exemplo, idosos e grupo de Hiperdia. As roturas de instrumentos como o compressor dificultaram a primeira consulta odontológica nas crianças.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Quando começamos o projeto de intervenção, em nossa ESF, estava concluindo o cadastramento da população da área de abrangência, portanto, não tinha números exatos da população da área de abrangência, dificultando a visão mais rica da situação da UBS.

Os questionários preenchidos e os aspectos levantados nos Cadernos de ações Programáticas contribuíram para melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, ajudando-nos aperfeiçoar o trabalho e os registros de controle para um melhor planejamento das ações a desenvolver pela equipe.

A realização do Relatório da Análise Situacional ajudou a equipe perceber algumas lacunas no processo de trabalho e a importância dos registros para o monitoramento das ações, acredito que isso será bem melhor estruturado daqui em diante.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de morbimortalidade ainda mostra um número expressivo, integrando a realidade social e sanitária neste País. Tais indicadores de morbimortalidade ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao recém-nascido e as crianças até 72 meses. No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde com os objetivos de reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade infantil no Brasil, institui um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, na qualificação técnica das equipes de atenção primária e na melhoria da ambiência dos serviços de saúde, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde da criança no País. (BRASIL, 2012).

Além disso, na nossa unidade observamos que houve uma descontinuidade muito grande no seguimento das crianças, de modo que as crianças não realizam mais consultas programáticas somente diante de um quadro agudo. Por tais motivos, é importante a intervenção na ação programática Saúde da criança, pois temos que garantir a continuidade dos cuidados de acordo ao risco e um atendimento adequado do crescimento e desenvolvimento da criança, no contexto da família, ofertando ações programadas e orientando cuidados tomados com um olhar biopsicossocial para garantir futuras gerações adultas e idosas mais saudáveis.

A UBS é rural, localizada no interior do município em zona de difícil acesso, contendo sala de espera, recepção com móveis para medicamentos, dois banheiros para os usuários e trabalhadores, sala de vacinas, consultório odontológico, sala de

acolhimento, consultório médico, sala de enfermagem, sala de esterilização, lavanderia e copa. A equipe está constituída por uma médica geral, uma odontóloga, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar odontológica, uma auxiliar geral e 4 agentes comunitários de saúde, sendo um agente por micro área. A população da área adstrita é de 1269 pessoas, esta população tem muito baixos níveis educacionais, dedicam-se as lavouras agrícolas, sobre tudo, ao cultivo de fumo. A maioria não tem meios de transporte que facilitem o acesso a Equipe de Saúde da Família (ESF).

A ESF tem uma população alvo de 88 crianças de 0 – 72 meses, com 18 crianças menores de 1 ano. O indicador de cobertura estimado atualmente é de 55% para as crianças menores de um ano, e até então, as crianças não recebiam consultas de puericultura, pois a ESF não teve médico por mais de um ano e só eram atendidos, por demanda espontânea no posto central do município. Já são desenvolvidas ações de promoção em saúde para fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas crianças e oferecer qualidade no atendimento. Dentre as ações que já são desenvolvidas, podemos citar: orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, educação sanitária sobre vacinas, lactação, prevenção de acidentes e estamos iniciando ações de saúde bucal.

A intervenção é importante no contexto da ESF atuarem em uma área que tem uma população muito carente, necessitada, com risco social alto, dadas às características meio ambientais e do desenvolvimento socioeconômico baixo, que tem, o qual pode levar a um incremento da morbimortalidade e transtornos do desenvolvimento inadequado, por desnutrição e outras causas. Até o momento, em reuniões com toda a equipe, estamos planejando o envolvimento de todos, com o cumprimento das funções específicas de cada integrante da equipe, os agentes visitam as famílias e agendam as consultas destas crianças em conjunto com a enfermagem e visitamos os casos de maior risco. Oferecemos educação sanitária nas consultas, nas visitas domiciliares e nos dias que temos programadas vacinas na ESF, já que se reúnem maior quantidade de mães.

Dentre as dificuldades previstas, podemos mencionar a acessibilidade, já que a população está muito distante da ESF, em uma área dispersa de 30 km, não existem meios de transporte públicos e a imensa maioria, não tem como deslocar-se até a ESF. Também as condições climatológicas influenciam muitas vezes com frio intenso ou chuvas constantes e intensas.

Para a equipe os fatores que podem viabilizar a realização da intervenção são a responsabilidade e vontade de trabalhar da equipe, e o engajamento público com outros programas, como a Bolsa de família. Tudo isso melhora a atenção à saúde da criança com uma maior qualidade no acompanhamento.

Com este projeto esperamos contribuir para consolidação do atendimento integral à criança de zero a setenta e dois meses, ajudando a organizar o serviço de atenção básica do município. Para isso, pretendemos que todas as crianças da área compareçam às consultas e sejam visitadas em seu domicílio pelos agentes comunitários de saúde e pela equipe para realizar avaliações clínicas e orientações de educação e cuidados de higiene.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1- Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre 0 a 72 meses para 85% da área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Meta 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Alceu Wamosi, no Município de Barão do Triunfo, RS. Participarão da intervenção 88 crianças de zero a setenta e dois meses moradores da área de abrangência da ESF, as quais serão cadastradas no programa de Atenção à Saúde da criança. Será utilizado o Protocolo da Atenção a Saúde da criança do Ministério da Saúde, Brasil, 2012.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1- Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 85% das crianças entre 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será feito nas reuniões semanais, que serão realizadas nas quartas-feiras pelo enfermeiro, fazendo revisão dos cadastros dos ACS para conhecer o total das crianças e se tem novos nascimentos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Cadastrar a população de crianças entre 0 a 72 meses da área adstrita.

- Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: O cadastramento das crianças será feito pelos ACS nas visitas domiciliares. As crianças que procuram a ESF sem consultas agendadas serão atendidas pela médica, no mesmo turno e sairão da ESF com a próxima consulta programada. Para acolher a demanda, serão disponibilizadas duas consultas na manhã e duas à tarde e uma consulta disponível de pronto atendimento de manhã e à tarde.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Detalhamento: O enfermeiro e os ACS organizarão em seu micro área, reunião semanal em cada comunidade, para informar da existência do programa, além disso, informar as mães sobre as facilidades para o atendimento das crianças na ESF e sobre a importância das consultas. Responsáveis serão o médico e o enfermeiro. Será feita uma palestra na quarta feira, na segunda e quarta semana da intervenção, na ESF, e em visitas domiciliares, acontecerá as informações pelos ACS desde a primeira semana.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança, propostas pelo Ministério da Saúde.

- Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral, sobre este programa de saúde.

#### Detalhamento:

Serão feitas pela médica todas as quartas-feiras na reunião de equipe na ESF, tendo como apoio, o protocolo de saúde da criança, e com apoio de outros membros da equipe, durante duas horas na semana.

#### Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo enfermeiro, nas quartas feiras, a partir do registro nas fichas cadastradas que tem os ACS, para conhecer se tem novos nascimentos, e fazendo revisão dos acompanhamentos das gestantes que tem data provável do parto das mulheres.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Fazer busca ativa das crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

Detalhamento: Serão feitas pelos ACS semanalmente, de acordo com a data provável do parto.

### Engajamento Público

Ação: Informar as mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida.

Detalhamento: Através de reunião mensal programadas nas comunidades, serão realizadas pelo médico e também através das visitas domiciliares pelos ACS.

### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada semanalmente, nas quartas feiras pelo médico, com auxílio do enfermeiro, de acordo com os temas propostos no cronograma.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças com avaliação da curva de crescimento.

### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Detalhamento: O monitoramento da curva de crescimento das crianças será realizado pelo médico, durante a consulta e lançado na Carteirinha e na ficha-espelho com ajuda do enfermeiro.

### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

-Ter versão atualizada do protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: Foi feito pelos gestores municipais, disponibilizando balança régua para crianças e antropométrica, além de fita métrica.

-Já temos na ESF o Caderno de Atenção da Saúde da criança atualizado, para a revisão dos integrantes da equipe quando for preciso.

### Engajamento Público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento: Os responsáveis serão médico e enfermeiro, desenvolvendo uma palestra na quarta-feira da segunda e quarta semana, na ESF, e em consultas de puericultura, com a utilização dos gráficos nas carteirinhas de vacinas para exemplificação que ajude ao melhor entendimento das mães.

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

- Padronizar a equipe na realização das medidas.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais sobre técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança e para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, acontecerá de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, sendo realizada pelo enfermeiro na primeira semana da intervenção, durante a reunião de equipe.

Meta 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: será feito o monitoramento pela médica e enfermeiro, através da revisão dos gráficos na Carteirainha de vacinas e refletindo na ficha-espelho, nas sextas-feiras.

### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.



- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: Temos já balança, antropômetro e fita métrica. Já temos na ESF o Caderno de Atenção da Saúde da criança atualizado, para a revisão dos integrantes da equipe quando for preciso. As crianças baixo peso, serão identificadas mediante uma estrela vermelha na primeira folha do prontuário.

#### Engajamento Público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento: a médica informará os pais a curva de crescimento que é adequada de acordo a idade, durante a consulta de puericultura na ESF, de forma verbal, exemplificada com tabelas de comprimento que tem a carteirinha de vacina, que será marcada.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

- Padronizar a equipe na realização das medidas.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais sobre as técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança e para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, será realizada pelo enfermeiro na primeira semana, na reunião de equipe nas quartas feiras, com exemplificação mediante gráficos instrucionais que temos na ESF.

Meta 2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: O monitoramento será feito pela médica e enfermeiro, através da revisão dos gráficos na Carteirinha de vacinas e refletindo nas fichas-espelho, nas sextas-feiras na ESF.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

- Ter versão atualizada do protocolo impresso e disponível no serviço, para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: Foi disponibilizado pelos gestores (chefe de enfermagem do município), o Protocolo da Atenção a Saúde da criança, Brasília 2012, na consulta de enfermagem para quando alguém da equipe precise fazer revisão.

#### Engajamento Público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança, os resultados esperados em cada consulta de puericultura, para que possam exercer o controle social.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento e peso e como identificar sinais de anormalidade.

Detalhamento: A médica informará/orientará os pais, sobre como interpretar a curva de crescimento/peso, se está adequado, de acordo com o que segue a idade, em cada consulta na ESF.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.

- Padronizar a equipe na realização das medidas.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais sobre técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança, e para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, será realizada pelo enfermeiro na primeira semana, na reunião de equipe.

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

Detalhamento: Será realizada em cada consulta pela médica tendo em conta o Protocolo de Desenvolvimento das crianças de acordo a faixa etária e semanalmente nas sextas-feiras, será refletido nas fichas-espelho pelo enfermeiro.

### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir encaminhamento para crianças, com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.

Detalhamento: O sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento, será feito pelo Enfermeiro e a médica, mediante estrela azul na primeira folha do prontuário e Logo, enviará para a secretaria de saúde o encaminhamento da criança em modelo de referência e contra referência que, será entregue ali, pela técnica em enfermagem.

### Engajamento Público

Ação: • Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).

Detalhamento: A médica orientará os pais em cada consulta de forma verbal, apoiada na carteirinha que tem a criança, sobre o desenvolvimento dela, conforme a faixa etária, alertando a existência de retardo do desenvolvimento, quando houver.

### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe que acontece semanalmente na ESF, de forma verbal e com a utilização de meios auxiliares como Power point, apoiada no Protocolo de crescimento e desenvolvimento, Brasília 2012.

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo enfermeiro e técnica de enfermagem, através da verificação das carteirinhas de vacinas e refletindo nas fichas-espelho das crianças que comparecerem a consulta.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

- Garantir atendimento imediato às crianças que precisarem ser vacinadas (porta aberta).

- Realizar controle da cadeia de frio.

- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

- Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: O enfermeiro e chefe de enfermagem no município coordenarão quinzenalmente a realização de vacinas na Equipe Saúde da Família (ESF), com pessoal capacitado. A secretaria municipal garantirá todas as vacinas disponíveis para crianças e materiais necessários. A enfermeira vacinadora realiza o controle da cadeia de frio e data de vencimento do estoque.

Engajamento Público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento: A explicação do calendário vacinal será feita em cada consulta pelo médico, enfermeiro ou técnica de enfermagem, e nas visitas domiciliares pelos ACS, apoiados na carteirinha de vacinas que tem as crianças.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Detalhamento: Será feita a capacitação pelo enfermeiro, em uma reunião semanal com a equipe, na quarta-feira.

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: O monitoramento será feito pelo enfermeiro nas sextas-feiras pela revisão das fichas espelhos das crianças acompanhadas em consulta durante a semana.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos será feito em cada consulta, refletido na conduta a seguir, e revisado mensalmente pelo enfermeiro.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

Detalhamento: A orientação será feita em cada consulta pelo médico e nas visitas domiciliares pelos ACS, além disso, nas palestras para as mães que serão feitas na primeira terça-feira da semana da intervenção de forma verbal.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Detalhamento: A atualização do médico especializando será feita mediante estudo individual do Protocolo de Atenção a Saúde da criança, na primeira semana, em seu tempo para especialização nas sextas feiras.

Meta 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento: O monitoramento das crianças será feito pelo médico em consulta e pelas ACS nas visitas domiciliares continuamente.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: O enfermeiro encaminhará junto à secretaria de saúde, as crianças que tem que fazer o teste auditivo para outro município, garantindo o deslocamento delas até o município onde podem fazê-lo, segue data agendada e o carro disponibilizado pela secretária da saúde para os casos que mais precisem.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Detalhamento: A orientação será feita na primeira consulta pelo médico e nas visitas domiciliares pelos ACS, além disso, nas palestras para as mães que serão feitas na primeira terça-feira da semana da intervenção, na ESF de forma verbal e computador para Power point.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Detalhamento: A orientação será feita pelo enfermeiro na primeira semana da intervenção na quarta-feira.

Meta 2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Detalhamento: O monitoramento será feito pelo médico na consulta e o enfermeiro, assim como pelos ACS nas visitas domiciliares, continuamente.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: Será feito pelo enfermeiro e técnica de enfermagem na primeira semana de nascimento da criança fazendo a medida de amostra nos primeiros 7 dias de nascidos.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Detalhamento: A orientação será feita nas consultas de pré-natal pelo médico e nas visitas domiciliares pelos ACS de forma contínua.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

Detalhamento: Será feita capacitação de todos os integrantes da equipe pela chefe de enfermagem no município, na primeira sexta feira de tarde, no Posto médico do município.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Detalhamento: O monitoramento acontecerá, nas visitas domiciliares pelos ACS, nas consultas pela médica e pela odontóloga de forma contínua na UBS.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: O cadastramento será feito pelos ACS e a médica, odontóloga e auxiliar odontológica, fazendo replanejamento das consultas para as crianças de zero a setenta e dois meses. A auxiliar odontológica fará o acolhimento e agendarão uma consulta de manhã e uma de tarde, além disso, uma urgência.

#### Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita uma palestra na segunda semana da intervenção, pela odontóloga, com o objetivo de informar a importância da higiene bucal para a saúde e de modo geral, serão também informados os pais e nas comunidades sobre a importância do atendimento odontológico prioritário de crianças.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

Detalhamento: A capacitação será feita pela odontóloga na segunda semana da intervenção, na reunião da equipe, na quarta-feira na ESF. A odontóloga fará estudo individual dos protocolos disponibilizados pelo curso.

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

Detalhamento: As crianças serão atendidas pela odontóloga e refletidas no prontuário e O monitoramento será feito pelo enfermeiro mediante revisão do registro no prontuário e ficha espelho feito pela odontóloga e auxiliar de odontologista, uma vez por semana, nas sextas feiras.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

- Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.



Detalhamento: O acolhimento será feito pelos integrantes da equipe odontológica e outros integrantes da equipe nesse momento. O cadastramento será feito pelos ACS, a odontóloga e auxiliar odontológica farão o replanejamento das consultas para as crianças de zero a setenta e dois meses, priorizando os atendimentos, fazendo duas consultas ao dia e uma urgência.

#### Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita uma palestra pela odontóloga e auxiliar odontológica, na ESF, na quarta-feira, segunda semana da intervenção com o objetivo de informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral,, acontecendo também nas consultas pela médica, odontóloga e pelos ACS nas visitas domiciliares na comunidade, informando sobre o atendimento odontológico prioritário de crianças.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Detalhamento: A capacitação será feita pela odontóloga na segunda semana da intervenção, na reunião da equipe, na quarta-feira na ESF, fazendo exposição das medidas de higiene bucal, e identificação das crianças que devem ser encaminhadas para serviço odontológico. A odontóloga fará estudo individual dos protocolos disponibilizados pelo curso.

- Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas para as crianças.

Monitorar as buscas às crianças faltosas. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será feito o monitoramento pela médica, e enfermeiro revisando o registro das crianças de zero – 72 meses que passaram por assistência ou consultas agendadas e posteriormente os ACS fazer busca das crianças faltosas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas. • Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento: A organização será feita pelo enfermeiro semanalmente nas reuniões da equipe mediante a revisão do registro das crianças e revisão do caderno de consultas agendadas para reorganizar o serviço. Os ACS serão os responsáveis, de forma contínua na área de abrangência pela busca ativa das crianças, fazendo visitas domiciliares e oferecendo informações sobre o funcionamento do serviço em forma de portas abertas, ou seja, sendo atendidos no mesmo turno e sairão da ESF com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda serão disponibilizadas duas consultas na manhã e duas à tarde e uma consulta disponível de pronto atendimento de manhã e uma à tarde.

Engajamento Público

Ação: Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Detalhamento: Informar as mães sobre as facilidades oferecidas na ESF para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância destas consultas mediante palestra, na segunda e quarta semana, na ESF que será feita pela médica e enfermeiro, e nas visitas domiciliares feitas pelos ACS e reuniões com as lideranças comunitárias, na primeira e sexta semana, serão feitas na ESF junto à reunião da equipe de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Detalhamento: O treinamento será feito pelo enfermeiro, nas reuniões da equipe na ESF, sendo na quarta feira da segunda semana, utilizará as fichas espelhos e a caderneta das crianças e para mostrar as crianças faltosas a consultas o vacinas.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

##### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feito pelo enfermeiro e pela médica, revisando todas as sextas-feiras pelas fichas espelhos das crianças que foram às consultas na UBS.

##### Organização e gestão do serviço

Ação: Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

- Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: Será feito pelo enfermeiro de forma contínua, e será iniciado mediante o preenchimento de todos os dados dos prontuários para a ficha espelho pelos integrantes da equipe na sexta feira, na sala da ESF.

##### Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Detalhamento: Os ACS serão os responsáveis, de realizar as orientações na área de abrangência, durante as visitas domiciliares e orientando a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde na UBS.

##### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita pelo enfermeiro, na sexta feira da primeira semana, mostrando a toda a equipe, como fazer o preenchimento de todos os dados dos prontuários para a ficha espelho.

- Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

- Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento: Serão feitos pela médica, de forma contínua nas consultas e monitorado pelo enfermeiro nas sextas-feiras, além de informar nas reuniões de equipe da UBS, nas quartas feiras, todas as semanas.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

- Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento: Será feita pela médica de forma contínua na consulta, dando prioridade ao atendimento das crianças de alto risco.

#### Engajamento Público

Ação: Fornecer orientações à comunidade, sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Detalhamento: Contato com lideranças comunitárias em reunião com a equipe de saúde, gerenciado pelo enfermeiro, para falar sobre os benefícios da ação programática e orientar as demais estratégias que serão implementadas, serão feitas na quarta feira da primeira e sexta semana, terça feira, e que serão feitas na ESF.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Detalhamento: Será feita pela médica na reunião da equipe na quarta-feira da terceira semana, mediante exposição dos principais fatores de risco, seguindo faixa etária, para o aumento da morbidade e mortalidade nas crianças.

- Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho.

Detalhamento: Será feito pela médica, de forma contínua, nas consultas e monitorado pelo enfermeiro nas sextas-feiras com a revisão das fichas espelhos.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Detalhamento: Capacitação dos profissionais da ESF sobre o protocolo de atenção á saúde das crianças, sobre a prevenção de acidentes, que será feita pela médica, nas reuniões da equipe, na quarta feira da segunda semana, na UBS.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

Detalhamento: Os ACS serão os responsáveis, de orientar às mães e cuidadores de forma contínua, na área de abrangência, durante as visitas domiciliares e orientando sobre a prevenção de acidentes de acordo a idade da criança.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Detalhamento: Capacitação dos profissionais da ESF sobre a prevenção de acidentes, sendo feita pela médica, nas reuniões da equipe da quarta feira na segunda semana.

Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

- Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

- Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Detalhamento: Será feito pelo enfermeiro continuamente, mediante observação nas consultas de puericultura.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

Detalhamento: A promoção do aleitamento materno será feito pelos integrantes da equipe de saúde, de forma contínua, nas visitas domiciliares, nas consultas e nas palestras a mães, que serão feitas na ESF, seguindo o cronograma. Fazendo exposição da técnica adequada para aleitamento materno e sua importância.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Detalhamento: Será feita de forma contínua pela médica em consulta, pelos ACS em visitas domiciliares e nas palestras a líderes na comunidade, na segunda e sexta semana, que serão desenvolvidas pela médica e enfermeiro na ESF.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Detalhamento: Capacitação dos profissionais da ESF sobre o protocolo de atenção à saúde das crianças, no acolhimento, nas informações que devem ser fornecidas à mãe sobre frequência das consultas, e a importância do aleitamento materno, que serão realizadas na primeira e segunda semana, na quarta feira.

Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Em cada consulta, o profissional deve orientar o tipo de alimentação da criança de acordo a idade. Nas sextas-feiras na UBS, o enfermeiro fará a revisão das fichas espelhos.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento: Será feita pela médica nas reuniões da equipe na quarta feira, da segunda semana, na sala de espera da ESF, mediante exposição oral do esquema de alimentação seguindo a idade da criança.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

Detalhamento: Será feita pela equipe de saúde, de forma contínua nas consultas, pelos ACS e nas visitas domiciliares, orientando os alimentos que podem oferecer-se as crianças seguem idade.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento: Capacitação pela médica aos profissionais da ESF, sobre o protocolo de atenção á saúde das crianças, na quarta feira da primeira e segunda semana para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: Será feito pelo enfermeiro de forma contínua, mediante programação e observação das atividades educativas feitas na ESF, no micro áreas e visitas domiciliares.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: •Organizar agenda de atendimento de forma de possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

- Organizar todo material necessário para essas atividades.

- Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: A odontóloga e técnica da odontóloga reorganizarão agenda de atendimentos e farão atividades educativas em grupo na escola de crianças de 5-6 anos, nas terças-feiras das semanas 4 – 8 – 12da intervenção, fazendo revisão bucal identificando as crianças que precisem atendimento na consulta e orientando higiene bucal para prevenção de doenças odontológicas.

#### Engajamento Público

Ação: Divulgar as potencialidades das ações trans. e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.
- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Detalhamento: A odontóloga e técnica da odontóloga reorganizarão agenda de atendimentos na sexta feira da primeira semana, agendando duas consultas diárias e uma consulta diária para demanda espontânea, e farão atividades educativas em grupos nas escolas, com a participação de membros da comunidade e da escola, nas terças-feiras das semanas 4 – 8 – 12da intervenção.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde bucal das crianças de 0 a 72 meses de idade.

Detalhamento: Serão feitas pela odontóloga e técnica de odontologista na reunião da equipe na terça semana fazendo exposição das ações preventivas que devem orientar-se as mães e comunidade para prevenção das doenças odontológicas.

### **2.3.2 Indicadores**

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1- Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 85% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde na ESF Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.



Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde Alceu Wamosi, Barão do triunfo, RS.

- Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2.1 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 2.3 Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitorado pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 2.4 Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6 Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: Número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 2.7 Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8 Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9 Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador 2.10 Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11 Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

- Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1 Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1 Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1 Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 6.1 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 6.2 Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 6.3 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 6.4 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde da criança vamos adotar o Protocolo de Saúde da criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Utilizaremos o registro das crianças de zero – 72 meses elaborado pelos agentes comunitários de saúde e enfermeiro, onde fazemos registro da assistência às consultas nesta faixa etária, e, as fichas espelhos que nós temos disponíveis na ESF, porém, iremos adotar as fichas espelhos fornecidas pelo curso, para poder coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção 66 crianças. Faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar os recursos necessários, como exemplo, folhas, toner de tinta para imprimir as 66 fichas espelhos necessárias.

Para o acompanhamento mensal será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro, identificando todas as crianças que vieram ao serviço para puericultura nos últimos 3 meses. O enfermeiro localizará os prontuários destas crianças e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando se têm consultas em atraso, exames laboratoriais em atraso e Vacinas em atraso, fazendo revisão se todos os dados referentes à: aleitamento materno, outro tipo de alimentação, desenvolvimento psicomotor, valores nutricionais de acordo ao cumprimento e peso; orientação sobre importância do aleitamento materno, e sobre acidentes estão inclusos no prontuário, além das formas dentárias de acordo a idade.

Os monitoramentos serão feitas pelo enfermeiro semanalmente nas reuniões da equipe, fazendo revisão dos cadastros dos ACS para conhecer se tem novos nascimentos, também revisão do registro das crianças de zero – 72 meses para conhecer assistência a consultas agendadas e orientar a busca ativa dos faltosos. Todas as sextas-feiras à tarde, o enfermeiro deve revisar as fichas espelhos para observar se têm registrados todos os dados de indicadores.

Ações de Organização e gestão do serviço: começarão em organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e organizar agenda para acolher crianças provenientes das buscas: serão feitas pelo enfermeiro semanalmente nas reuniões da equipe mediante a revisão do registro das crianças e revisão do caderno de consultas agendadas para reorganizar o serviço. Os ACS serão os responsáveis pelas buscas ativas, de forma contínua na área de abrangência, fazendo visitas domiciliares e oferecendo informações sobre o funcionamento do serviço.

A garantia do material adequado para realização de medidas antropométricas como, balança antropométrica ou fita métrica, será feito pelo enfermeiro com ajuda dos gestores municipais na primeira semana. Já se tem uma versão atualizada do Protocolo disponível no serviço para que toda a equipe consulte que foi impresso na Unidade Saúde da Família pelo enfermeiro mediante atualização pela internet, já que a secretaria não dispõe deste, mas logo a chefe de enfermagem do município forneceu o Caderno de Atenção a saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento.

Para se garantir o encaminhamento de crianças com retardo do desenvolvimento, o médico irá fazer este encaminhamento e enfermeiro coordenará com a secretaria de saúde no município a prioridade para o atendimento. Será feito na quarta feira cada semana. Para garantir a disponibilização das vacinas, o enfermeiro e o chefe de enfermagem no município coordenarão quinzenalmente a realização de vacinas na Equipe Saúde da Família (ESF), com pessoal capacitado. A secretaria municipal oferece todas as vacinas disponíveis para crianças e materiais necessários. A enfermeira vacinadora realizará o controle da cadeia de frio e data de vencimento do estoque, conforme protocolos da vigilância sanitária e epidemiológica. Para se garantir a dispensação de suplemento de ferro, o enfermeiro deve informar semanalmente aos gestores municipais quando existir déficit de medicamento fazendo solicitação escrita deles.

Será necessário coordenar com os gestores municipais, secretaria de saúde, e chefe de enfermagem do município a realização do Teste do pezinho em tempo das crianças nascidas, já que muitas mães levam suas crianças a fazer a mostra para o Teste a UBS da cidade porque moram mais perto dele ou porque conseguem deslocar-se com maior facilidade até o mesmo.

Para as ações da qualificação da prática clínica se irá fazer a capacitação dos profissionais da equipe sobre aleitamento materno exclusivo, sua importância, correção de pega, orientações nutricionais, identificação de fatores de risco de morbimortalidade, importância da primeira consulta, esquema de vacinas, frequência das consultas de puericultura seguem faixas etárias e prevenção de acidentes, orientação do desenvolvimento neurológico. Serão feitas pela médica todas as quartas-feiras na reunião da equipe na ESF, tendo como apoio o protocolo de saúde da criança, e com a intervenção de outros membros da equipe, durante duas semanas, 2 horas. Fazer treinamento das técnicas adequadas de peso, comprimento, medida do perímetro cefálico e preenchimento e interpretação das curvas de crescimento, e registro de vacinas do cartão da criança. Serão feita pelo enfermeiro na reunião da equipe na segunda semana da intervenção na ESF mostrando exemplo prático e utilizando uma carteirinha que possa mostrar as tabelas de registro de dados.

O médico fará estudo independente sobre as recomendações de suplementação de ferro nas crianças na primeira semana, revisando o protocolo de saúde da criança e pela internet. Para se capacitar a equipe para realizar avaliação

da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6-72 meses, esta será feita pela odontóloga, uma vez na segunda semana na reunião da equipe na ESF, apoiada no protocolo de saúde da criança.

O acolhimento das crianças será realizado pela técnica de enfermagem, enfermeiro, e outros membros da equipe presentes, sendo atendidos no mesmo turno e sairão da ESF com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda serão disponibilizadas duas consultas na manhã e duas na tarde e uma consulta disponível de pronto atendimento de manhã e à tarde.

Para sensibilizar a comunidade e reforços, orientaremos as mães em cada consulta, nas visitas domiciliares e uma palestra com o grupo de mães, organizada pelo enfermeiro, onde a médica explicará a importância das consultas de puericultura, do aleitamento materno, importância das vacinas, e formas de evitar acidentes nas crianças, utilizando vídeos ou panfleto que exemplifica a técnica de aleitamento materno e esquema de vacinas e tipos de acidentes nas crianças; os panfletos foram fornecidos pela secretaria de saúde há ESF desde sua inauguração. Também a odontóloga fará uma intervenção explicando as crianças que precisam atendimento odontológico e importância da escovação dental para a saúde bucal. Serão feitas na quarta feira da segunda semana, na sala de espera da ESF.

Será feito contato com representantes das três igrejas da área e apresentado o projeto de intervenção na saúde da criança, esclarecendo a importância das puericulturas, solicitando seu apoio para ampliar a assistência a consulta deste grupo de crianças. Os responsáveis serão os agentes comunitários de saúde que orientarão aos representantes na primeira semana, quarta feira à tarde, na sala da ESF para reunião em conjunto com a equipe.







|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na ESF para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância destas consultas mediante Palestra.  |   | x |   | x |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Contato com lideranças comunitárias para falar sobre os benefícios da ação programática e orientar as demais estratégias que serão implementadas.  | x |   |   |   |   | x |   |   |   |   |   |   |
| Realizar atendimento clínico das crianças com avaliação da curva de crescimento, curva de peso, avaliação do Teste do pezinho, Triagem auditivo, desenvolvimento neuro cognitivo, avaliação vacinal, e suplementação de ferro. | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Monitoramento das fichas espelho para o monitoramento das ações  | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Atendimento odontológico   | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | x |

### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção como foco em saúde da criança de zero a 72 meses, desenvolvida na UBS Alceu Wamosi, no município de Barão do Triunfo, RS. Teve duração de 12 semanas, iniciando em 16 de março e terminando em junho de 2015.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Para o início do projeto reunimos a equipe da UBS para apresentar a proposta de intervenção, considerando que todos eram fundamentais para que este projeto pudesse acontecer e seria necessário à colaboração de todos para o andamento do mesmo. Os atendimentos nas consultas de puericultura não constituía parte da rotina do trabalho diário do serviço. As crianças foram atendidas de manhã e de tarde nos dias de consultas, segunda, terça e quintas-feiras, de forma programada e priorizada, mas se alguma procurasse de forma espontânea também procuramos fazer acompanhamento da criança. Para acolher a demanda, foram disponibilizadas duas consultas na manhã e duas à tarde e uma consulta disponível de pronto atendimento de manhã e à tarde.

Ao iniciar a intervenção, o trabalho foi prejudicado pelo aumento da demanda espontânea e a falta de técnica de enfermagem, logo os gestores da secretaria da saúde incorporaram uma técnica em enfermagem na equipe de saúde, pelo qual elaboramos um cronograma de atividades e capacitações para toda a equipe em diversos aspectos, de modo que todas as ações previstas foram desenvolvidas, além de disponibilizar em lugar acessível ao Protocolo de Atenção na Saúde das Crianças pelo que todos os profissionais poderiam revisar o mesmo. Foi capacitada a equipe, no acolhimento, nas informações que devem ser fornecidas à mãe sobre frequência das consultas, aleitamento materno, vacinas, e prevenção de acidentes; a técnica de enfermeira e ACS sobre as técnicas adequadas de peso,

comprimento, medida do perímetro cefálico e preenchimento e interpretação das curvas de crescimento, o registro de vacinas no cartão da criança.

Fizemos palestras antes de começar as consultas para informar às mães sobre as facilidades oferecidas na ESF para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância destas consultas. Convidamos a representante da comunidade para as nossas reuniões da equipe e também aproveitamos a atenção a grupos específicos para a divulgação do projeto de intervenção, ainda assim, algumas mães não consideram uma necessidade trazer suas crianças a consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Informamos às mães em todos os atendimentos sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida.

Todas as crianças foram avaliadas em relação ao crescimento e desenvolvimento, para isso foi garantido o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) além de comunicar aos pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possa exercer o controle social e sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.

As crianças com déficit de peso e com excesso de peso nas consultas de puericultura foram diferenciadas, para isso criamos um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificá-las.

Todas as crianças foram também monitoradas na vacinação, nestes momentos tivemos algumas dificuldades, pois temos enfermeira vacinadora, mas não são administradas vacinas na ESF devido à falta de recursos materiais (Geladeira) para a conservação das mesmas, pelo qual a mãe tem que deslocar-se 26 km até o posto médico da Cidade para vacinar as crianças, o qual ocasiona, em alguns dos casos, atraso relativo no esquema vacinal e moléstias aos pacientes, especialmente as mães. Ainda assim, as enfermeiras vacinadoras daquele Posto médico preenchem adequadamente os cartões da criança, nos passando todas as informações necessárias sobre as vacinas das crianças atendidas, e logo são refletidas nas fichas espelho da ESF. Mesmo assim, nossa técnica de enfermagem só aplica na ESF as vacinas que são por campanhas, por exemplo, o antigripal H1N1 e Poliomielites; conservando em termos gelados.

Durante um mês não houve carro fixo com motorista para fazer as visitas domiciliares dos pacientes em geral, e das crianças faltosas a consulta, o qual necessitou várias conversas com os gestores da secretaria de Saúde no município, também com o vereador da comunidade e outros gestores no município, sendo resolvida esta situação, pelo que estamos de forma contínua fazendo busca ativa das crianças faltosas a consultas, sendo alto o indicador de crianças faltosas e de busca ativa.

Fizemos monitorização da realização de Triagem auditivo, o Teste do Pezinho antes dos 7 dias das crianças, olhando a Carteirinha de vacina da criança, as quais no momento de sair do hospital são encaminhadas para a unidade de saúde mais próxima para a realização destes Testes ou são feitos no mesmo Hospital. O Teste do Pezinho às vezes é feito em nossa ESF e outras no Posto médico da Cidade, no município, seguem a preferencia da mãe e a enfermeira registra na carteirinha. No caso do Teste auditivo as crianças são encaminhadas desde a mesma unidade assistencial que nasceram até Hospital ou Clinicas dos municípios pertinho para sua realização. As pacientes que não tem recursos para o deslocamento até esses centros assistenciais, o Enfermeiro faz as ações de coordenação com a secretaria de saúde para garantir a transportação.

Foi realizada pela médica as avaliações das necessidades de atendimento odontológico das crianças, sendo orientadas na higiene bucal e prevenção de cáries para as mães. Já em relação à primeira consulta odontológica programática tivemos dificuldades com as consultas odontológicas, pois apesar da dentista ter feito as capacitações sobre avaliação de atendimento odontológico e ofereceu sua ajuda para o desenvolvimento da intervenção, na realidade, o atendimento clínico das crianças foi afetado por causas diversas: atestados médicos, férias, não disponibilidade de equipo, etc. Isto interferiu nas metas propostas, sendo muito baixo o indicador de crianças com a primeira consulta odontológica feitas, e um pouco melhor o indicador de avaliação das necessidades odontológicas já que fomos fazendo na mesma consulta de puericultura, assim como a educação sanitária sobre escovação e higiene bucal para a prevenção de caries. Na realidade não conseguimos a parceria desejada com a dentista para este trabalho.

Às vezes existiu inconformidade em alguns usuários que reclamam pela demora dos atendimentos pelo qual a equipe explicava para eles a importância do

projeto, conseguindo, mediante o trabalho conjunto da equipe, melhorar a satisfação nos pacientes.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Durante a coleta dos dados do projeto de intervenção apresentamos dificuldades no preenchimento das fichas espelhos porque os atendimentos da demanda espontânea foram grandes e não tinha tempo de fazer tudo sozinha, tendo registro atualizado na ficha espelho de 67,2%.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Neste momento, a intervenção se encontra inserida na rotina de funcionamento da ESF, o trabalho foi muito importante para a comunidade, foi uma experiência nova para a equipe, que realizou um esforço para a concretização do projeto e com certeza continuará desenvolvendo o trabalho.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção tratou sobre a Melhoria da Atenção a Saúde da criança, na faixa etária de zero até 72 meses. O total da população-alvo que compreende a área de abrangência de 1269 usuários, deles 88 crianças compreendidas de zero até 72 meses. A intervenção foi desenvolvida no período de março até junho de 2015.

Algumas metas não foram atingidas, porém, a intervenção está constituindo pelo impulso do projeto, para manter incorporado no trabalho diário da equipe de saúde e com isso, atingir a meta proposta e manter a incorporação das ações.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1- Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 85% das crianças entre 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde na ESF Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.

Como mostra a Figura 1, da área adstrita à ESF existem 88 crianças nesta faixa etária; a equipe tentou fazer acompanhamento no total de crianças, sendo atendidas no primeiro mês 29 crianças (33%), no segundo mês ascendemos até 43 (48,9%) e no terceiro mês, atingimos 58, o que representa 65,9 % dos casos registrados, não sendo possível atingir a meta proposta que foi 85%.

As ações que facilitaram a melhoria deste indicador foram: O monitoramento e cadastramento do número de crianças da área de abrangência no programa; Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios; A capacitação da equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança, propostos pelo Ministério da Saúde e Capacitação da equipe sobre a saúde da



criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

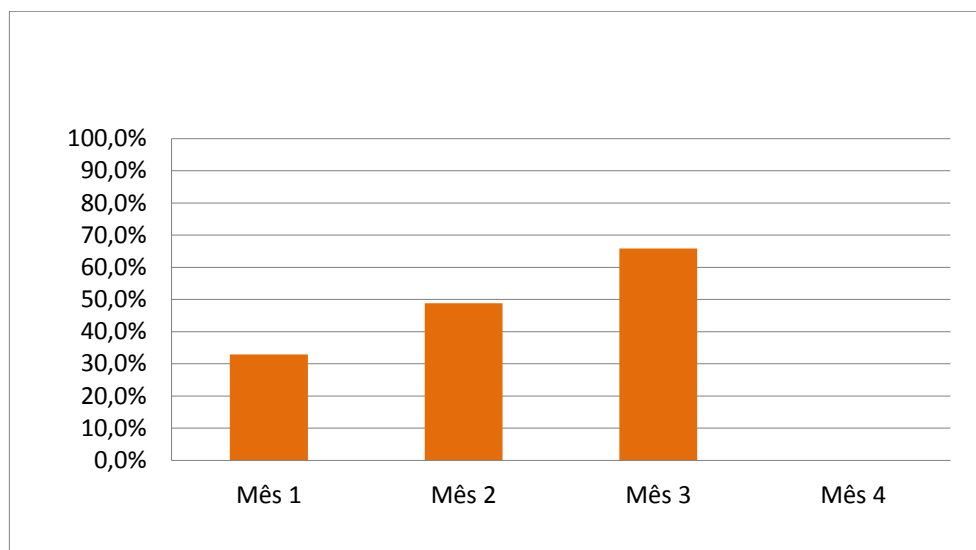


Figura 1 - Gráfico com a cobertura de crianças de zero a 72 meses inscritas no programa na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 2; Melhorar a qualidade do Programa de Atenção a Saúde da criança.

META 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador: 2.1 Proporção de crianças que fizeram primeira consulta na 1ª semana de vida.

Como mostra a Figura 2, no primeiro mês atingimos só uma criança (3,4%) que a mãe referiu que sua criança teve acompanhamento na primeira semana de vida; no segundo mês, 3 (7,0%) e terceiro mês, também 3 (5,2%) mães referiram que foram acompanhadas na primeira semana de vida, sendo o total de 12 mães (5,2%) que referem que suas crianças foram atendidas na primeira semana de vida, e outras não lembram ou não foram acompanhadas suas crianças nesta primeira semana de vida.

Foi muito importante fazer busca ativa de crianças que não tiveram comparecido no serviço na primeira semana a data provável do parto. O indicador não atingiu a meta proposta, pois nenhum ACS reportou mulheres grávidas nem recém-nascidos durante a intervenção.

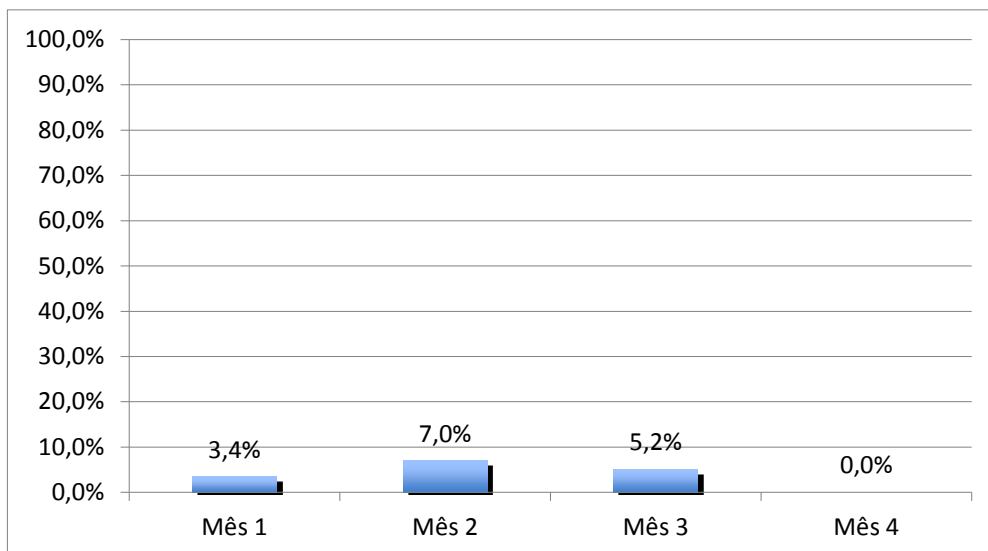


Figura 2- Gráfico com a cobertura de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**META 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: 2.2 Proporções de crianças com monitoramento de crescimento:

Do total de 58 crianças acompanhadas na intervenção, 100% foram monitoradas no crescimento, atingindo no primeiro mês 29 (100%), no segundo mês, 43 (100%) e no terceiro mês, 58 (100%), quanto a proporção ao número de crianças acompanhadas.

Foi para que esta meta fosse alcançada tanto a médica como a enfermeira realizou a avaliação da curva de crescimento em cada consulta.

**META 2.3:** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: 2.3 Proporções de crianças com déficit de peso monitorado.

Do total de 58 crianças acompanhadas no período de estudo, foram monitoradas, no primeiro mês, 2 (100%); no segundo mês 2 (100%) e no terceiro mês, 3 (100%), crianças que estão abaixo do peso adequado, as quais foram acompanhadas e orientadas sobre alimentação adequada, representando 100% das crianças baixo peso captadas e acompanhadas.

Foram monitoradas as crianças com déficit de peso e o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. Acho que de fato, a população é muito pobre e pode existir um registro inferior da realidade, já que não foi acompanhado o total de crianças cadastradas na área de abrangência, nem foram identificados por ACS nas visitas domiciliares.

Foi para que esta meta fosse alcançada tanto a médica como a enfermeira realizou a avaliação do peso em cada consulta

#### META 2.4:

Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: 2.4 Proporções de crianças com excesso de peso monitorado

Das 58 crianças atendidas, só duas foram diagnosticadas como obesas, sendo no primeiro mês 1 (100%), no segundo mês, 2 (100%) e no terceiro mês, permaneceu as 2 (100%), sendo acompanhadas na consulta e sendo orientadas sobre nutrição na consulta.

Apesar de termos conseguido atingir a meta, pensamos que podem existir outras crianças que não foram acompanhadas e que tenham excesso de peso e não foram identificadas por ACS nas visitas domiciliares.

Foi para que esta meta fosse alcançada tanto a médica como a enfermeira realizou a avaliação do peso em cada consulta.

#### META 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Todas as crianças acompanhadas, 58 crianças, foram monitoradas em seu desenvolvimento, sendo 29 (100%) no primeiro mês; 43 (100%) crianças no segundo mês e 58 (100%) crianças no terceiro mês, em correspondência com o número de consultas.

Foi monitorado o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo e foram orientados os pais quanto a este aspecto e para que esta meta fosse alcançada a médica como a enfermeira realizou o monitoramento de desenvolvimento em cada consulta.

#### META 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: 2.6. Proporção de crianças com vacinação em dia.

Como mostra a Figura 3, tivemos um total de 55 crianças (94,8%) com vacinas atualizadas; no primeiro mês as 29 crianças (100%) acompanhadas tinham atualizadas as vacinas, no segundo mês 42 crianças com vacina atualizadas que representam 97,7%, finalizando o terceiro mês com 55 crianças (94,4%) com vacinas atualizadas. As crianças com atrasos na vacina foram por doenças virais com febre no momento da vacina e porque o Posto médico da cidade fica distante da ESF e existem poucos meios de transportação.

Dentre as ações para alcançar este resultado destacam-se: orientar aos pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança e a importância de cada vacina; capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

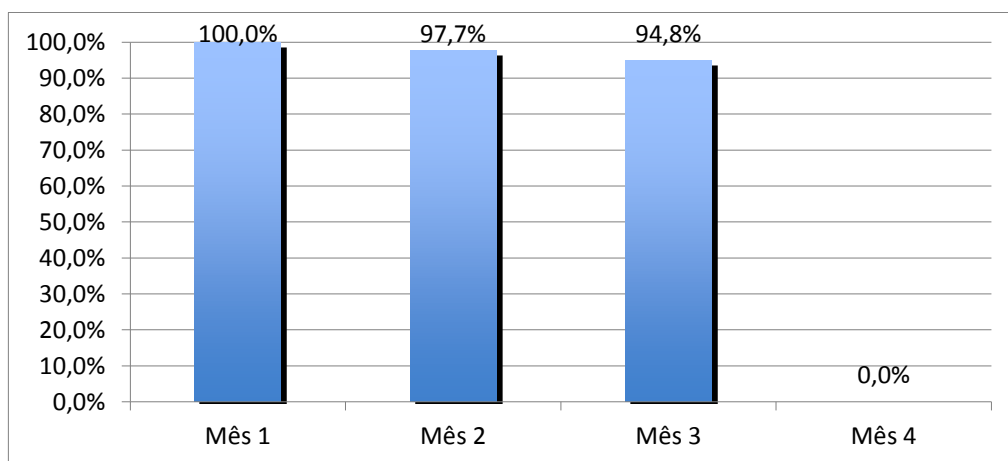


Figura 3 - Gráfico com Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**META 2.7:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

**Indicador:** 2.7 Proporção de crianças de 6 até 24 meses com suplementação de ferro.

Como mostra a Figura 4, todas as crianças acompanhadas nesta faixa etária de 6 até 24 meses (21) foram orientadas da suplementação de ferro. Sendo que no primeiro mês as 10 crianças atendidas (100%) tinham suplementação com ferro, no segundo mês só 15 crianças (82,2%) e no terceiro mês 17 (81,0%) com um total de crianças. Algumas das crianças não toleraram o sulfato ferroso (3) provocando-lhes vômitos pelo qual as mães suspendiam a suplementação sem consultar novamente, pelo qual o indicador não atingiu a meta proposta de 100% e só foi de 81%.

Para alcançar este resultado monitoramos o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, foi garantida a dispensação do medicamento (suplemento de ferro). Foram desenvolvidas ações educativas, orientando os pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, explicando as reações adversas do medicamento e conduta correta.

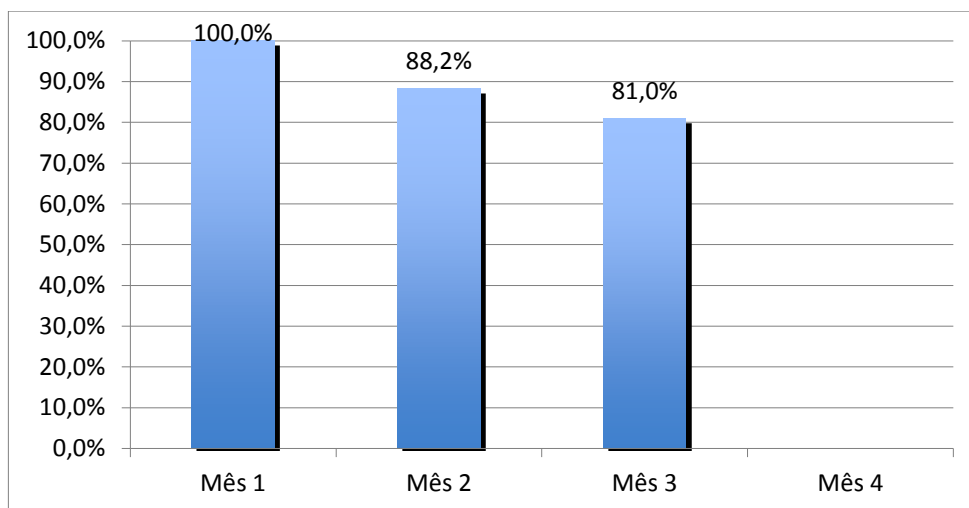


Figura 4 - Gráfico com Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**META 2.8:** Realizar triagem auditiva em 90% das crianças.

**Indicador:** 2.8 Proporção de crianças com Triagem auditiva.

Como mostra a Figura 5, o indicador teve um percentual decrescente, sendo no primeiro mês sendo avaliadas 28 crianças (96,6%), no segundo mês, 37 crianças (87%), e no terceiro mês 48 crianças (82,8%), não atingindo a meta proposta que foi de 90%. Pensamos a causa fora que não foi recolhido na carteirinha de saúde da criança a realização do Teste auditivo e algumas mães não lembram se foi feito. Também não tivemos novos recém-nascidos para melhorar dito indicador.

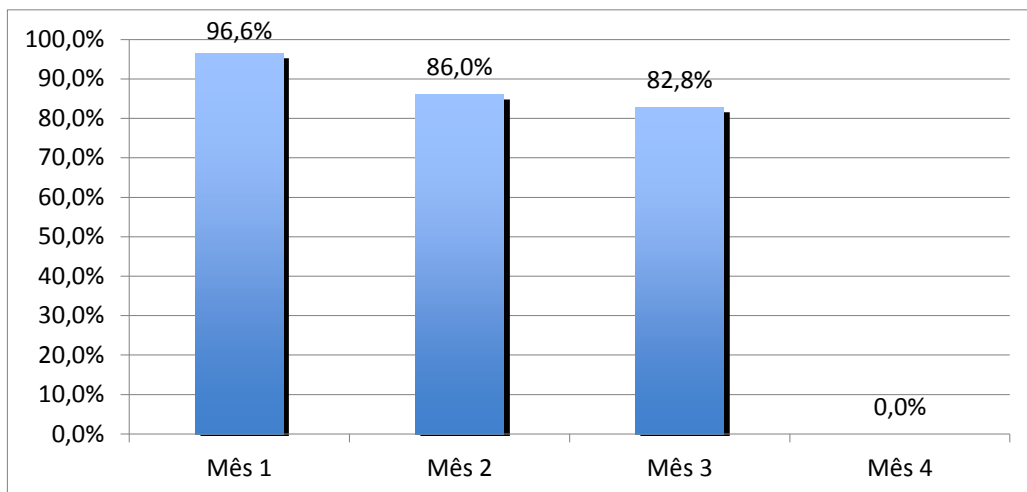


Figura 5 - Gráfico com Proporção de crianças com triagem auditiva UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

META 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com Teste do Pezinho.

Como mostra a Figura 6, do total de 29 crianças atendidas no primeiro mês, 27(93,1%) fizeram Teste do pezinho antes dos sete dias; No segundo mês 41 crianças (95,3%) e no terceiro mês, um total de 56 crianças que representam o 96,6% que fizeram o Teste do Pezinho antes dos sete dias.

Para este resultado foi importante o apoio dos gestores quanto à disponibilização do teste de pezinho. As causas do retardo em fazer o teste foi devido ao que o posto central do município está muito distante da área de abrangência, sendo difícil o deslocamento das mães. O trabalho dos ACS foi muito importante nestes casos.

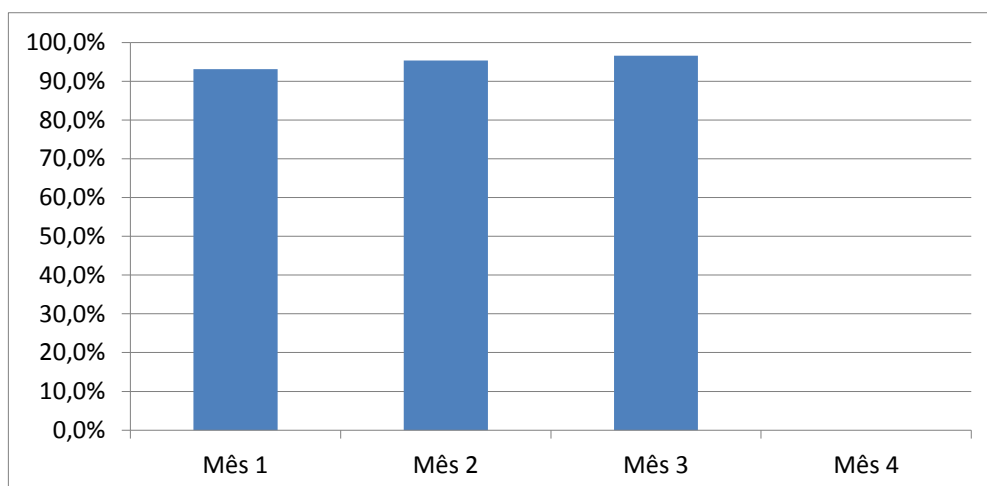


Figura 6 - Gráfico com Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**META 2.10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Indicador 2.10 Proporção de crianças com avaliação de necessidades odontológicas.

Como mostra a Figura 7, este indicador se comportou de forma ascendente mensalmente e não atingiu a meta proposta. Foram avaliadas 3 crianças (10,7%) no primeiro mês, até o segundo mês 13 crianças (31,0%) e finalizou o terceiro mês com só 28 crianças avaliadas (49,1%), não atingindo a meta de 100%; ele foi afetado pelo desconhecimento das mães que não consultam com odontologista, por isso implementamos a avaliação das necessidades odontológicas nestas crianças, na mesma consulta de puericultura.

Para esta resultado foi realizada ações informando a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, assim como nas consultas e visitas domiciliares, realizando sensibilização das mães.

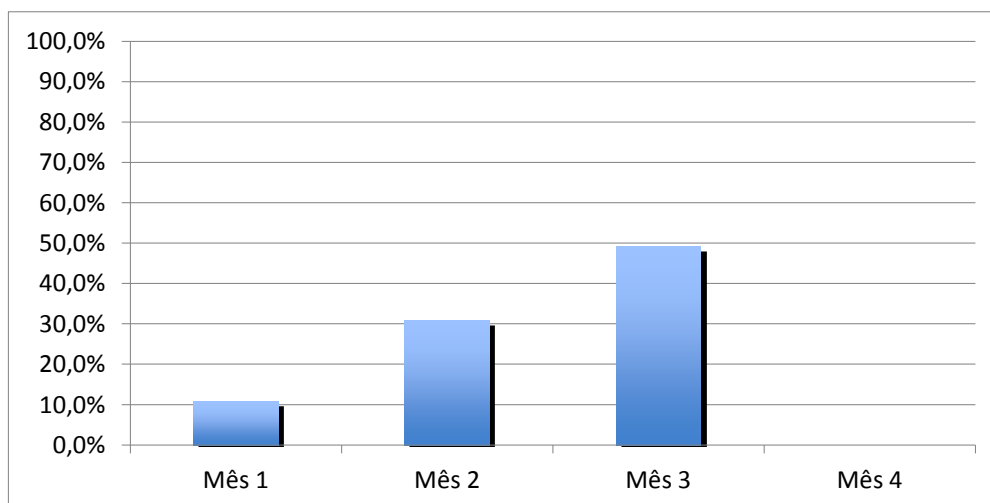


Figura 7 - Gráfico com Proporção de crianças com avaliação de necessidades de atendimento odontológico UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**META 2.11:** Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11 Proporção de crianças com primeira consulta odontológica.

Como mostra na Figura 8, só 7 crianças (12,3%) tiveram primeiras consulta odontológica programática; sendo atendidas 3 crianças (10,7%) no primeiro mês, até o segundo mês 4 (9,5%), até o terceiro mês 7 (12,3%), sem atingir a meta proposta.

Todas as crianças foram orientadas e encaminhadas, mas devido às mães não levaram as crianças nas consultas e ainda tivemos dificuldades na permanência da odontóloga por doenças, férias e compressor defeituoso, impossibilitando o trabalho dela na consulta. Mas em contrapartida se ampliaram as ações de educação para a saúde na consulta e visitas domiciliares, para melhorar o mesmo, conversamos com os gestores sobre a possibilidade de comprar um compressor novo para a ESF, para obter maior permanência da odontologista e deixar incorporado este trabalho na rotina da ESF, os quais nos informaram vai ser comprado.

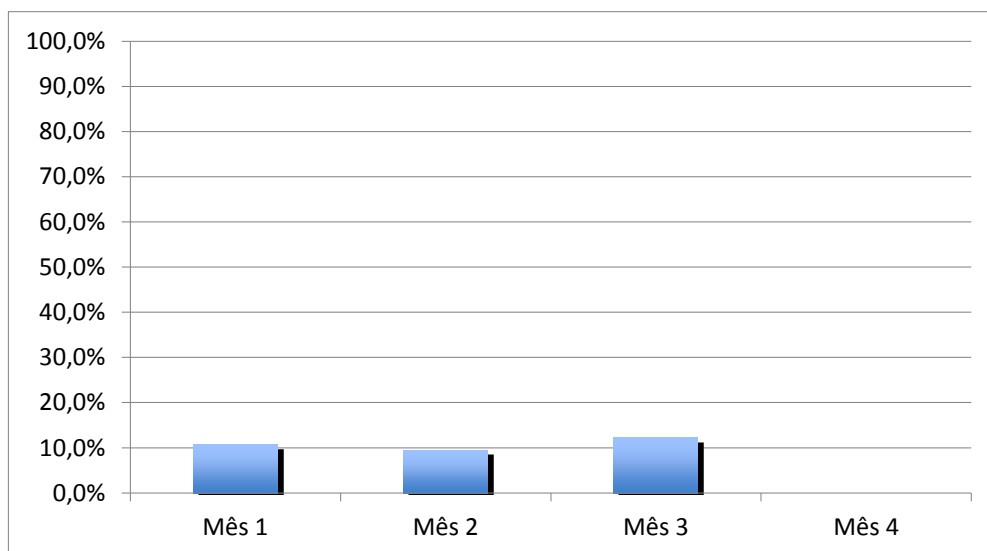


Figura 8 Gráfico com Proporção de crianças com primeira consulta odontológica UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**OBJETIVO 3:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

**META 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador : 3.1 Proporção de crianças com busca ativa.

Das 58 crianças acompanhadas, 44 delas tiveram falta à consulta: 21 crianças faltosas no primeiro mês e 100% com busca ativa, no segundo mês, 31 sendo 100% crianças com busca ativa, e o terceiro mês, 44 crianças faltosas, sendo que 100% delas foi preciso a busca ativa e trabalho conjunto da equipe em atividades como: pesagem de bolsa de família e campanha de vacina antigripal.



As ações que ajudaram nesta meta foram a organização das visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas assim como o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) além do treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

#### Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

META: 4.1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço

Indicador 4.1 Proporção de crianças com registro atualizado na Ficha espelho.

Como mostra na Figura 9, conseguimos garantir no primeiro mês 11 crianças com os registros adequados (37,9%), no segundo 24 (55,8%) e no terceiro mês, 39 (67,2%) crianças com registro atualizado, não atingindo as metas propostas (100%).

Ao início do trabalho de intervenção deste indicador estivemos afetados pelo aumento da demanda espontânea e a falta de técnica de enfermagem. Pois faltava tempo para médica atualizar as fichas espelhos das crianças atendidas. Já quando foi incorporada uma técnica em enfermagem na equipe de saúde, e pela ajuda do enfermeiro, o registro nas fichas espelhos foi melhorado. Acho que com a próxima introdução dos prontuários eletrônicos pelo e-SUS, não precisamos mais das fichas espelhos, pois nossa ESF já tem com sistema instalado.

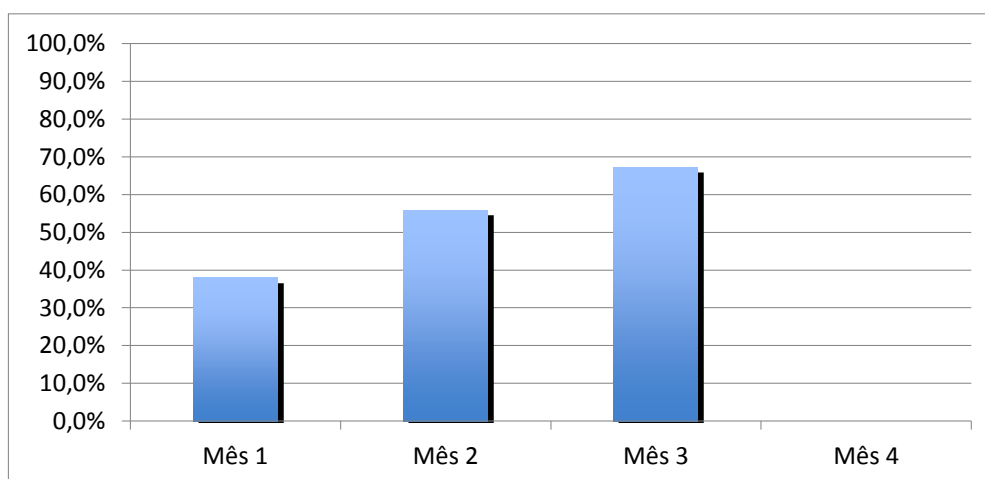


Figura 9 Gráfico com Proporção de crianças com registro atualizado UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS.. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo: 5 Melhorar a avaliação de risco.

META: 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1 Proporção de crianças com avaliação do risco.

As 58 crianças acompanhadas tiveram avaliação de risco nas consultas ou visitas domiciliares, representando 100% em cada mês, sendo 29 (100%) no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês e 58 (100%) no terceiro mês, crianças com avaliação de risco.

Foram importantes os dados oferecidos pelos ACS e outros membros da equipe, além de familiares ou vizinhos contribuindo a melhorar este indicador e atingir a meta proposta.

Objetivo 6 Melhorar a educação para a saúde.

META 6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador: 6.1 Proporções de crianças com orientações sobre a prevenção de acidentes.

Todas as crianças acompanhadas receberam orientações em consultas e visitas domiciliares sobre a prevenção de acidentes, seguindo desenvolvimento psicomotor, representando 100% desse indicador cada mês; sendo orientadas 29 (100%), 43 (100%) e 58 (100%) mães respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês do estudo.

Para isso este resultado a médica, o enfermeiro, a técnica de enfermeira e os agentes comunitários de saúde foram capacitados, também foram oferecidas palestras antes do começo de algumas atividades importantes como a pesagem Bolsa de família e campanha de vacina antigripal, ficando inserida na rotina da equipe.

META: 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador: Proporção de crianças colocadas a mamar na primeira consulta.

Como mostra a Figura 10, fizemos monitoramento das crianças atendidas que foram assistidas na primeira consulta, o primeiro mês 7 crianças (24,1%), no

segundo mês, 10 crianças (23,3%) e resultando no terceiro mês que só 12 mães referem que suas crianças foram colocadas a mamar nesta consulta, o qual representa o 20,7%, não atingindo a meta que foi proposta.

Esse indicador teve afetado pela falta de captação de recém-nascidos no período da intervenção, já que as crianças acompanhadas ultrapassam a idade de recém-nascidos; mesmo assim, a equipe orientou as mães da importância do aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, e suas vantagens na prevenção de doenças transmissíveis.

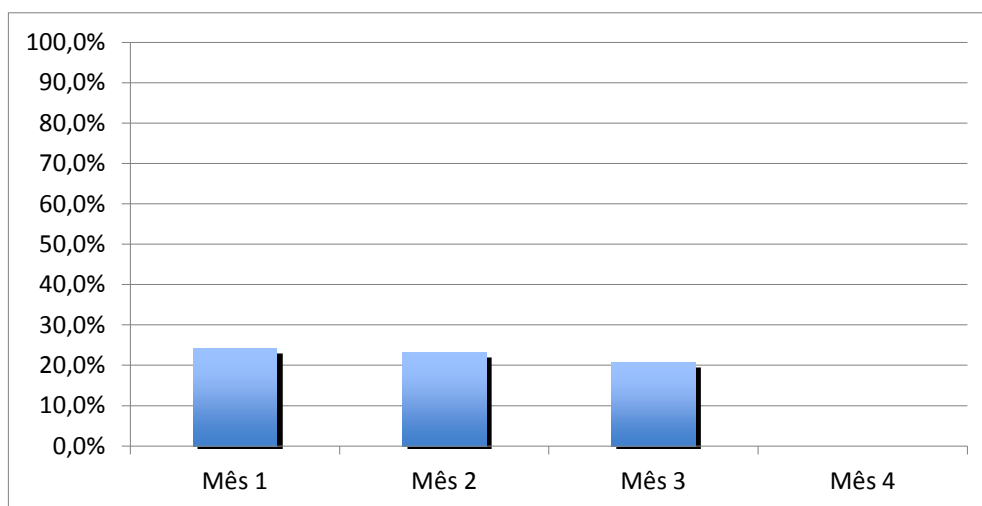


Figura 10 - Gráfico com Número de crianças colocadas a mamar durante a primeira consulta UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

**META:** 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

**Indicador:** 6.3 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo a faixa etária.

Neste indicador foi atingida a meta proposta e mesmo assim, mantivemos estável durante a intervenção, sendo orientadas o 100% das mães em cada consulta, delas, 28 (100%) no primeiro mês, 43 (100%) no segundo mês e 58 (100%) no terceiro mês.

Todas as mães foram orientadas na introdução progressiva do aleitamento artificial, a depender da faixa etária da criança, este indicador foi favorecido pela ação conjunta da equipe, nas visitas domiciliares e na própria consulta médica.

META 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: 6.4 Proporções de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal e prevenção de cáries.

Como mostra a Figura 11, do total de crianças acompanhadas, 47 mães receberam orientações sobre higiene bucal e prevenção de cáries, resultando. No primeiro mês, foram orientadas sobre higiene bucal 23 mães (79,3%), no segundo mês 32 (74,4%) e no terceiro mês, alcançou 47 (81%). O indicador não atingiu a meta proposta que foi 100%.

A odontologista fez capacitações sobre avaliação de atendimento odontológico para a equipe, e ofereceu sua ajuda para o desenvolvimento da intervenção, o qual favoreceu este indicador, mas na realidade, tivemos causas diversas que não favoreceram este indicador, exemplo: atestados médicos e férias da odontologista no período do projeto, e não disponibilidade de compressor na consulta. Conseguimos melhorar este indicador já que oferecíamos, na mesma consulta de puericultura, a educação preventiva sobre escovação e higiene bucal para a prevenção das cáries.

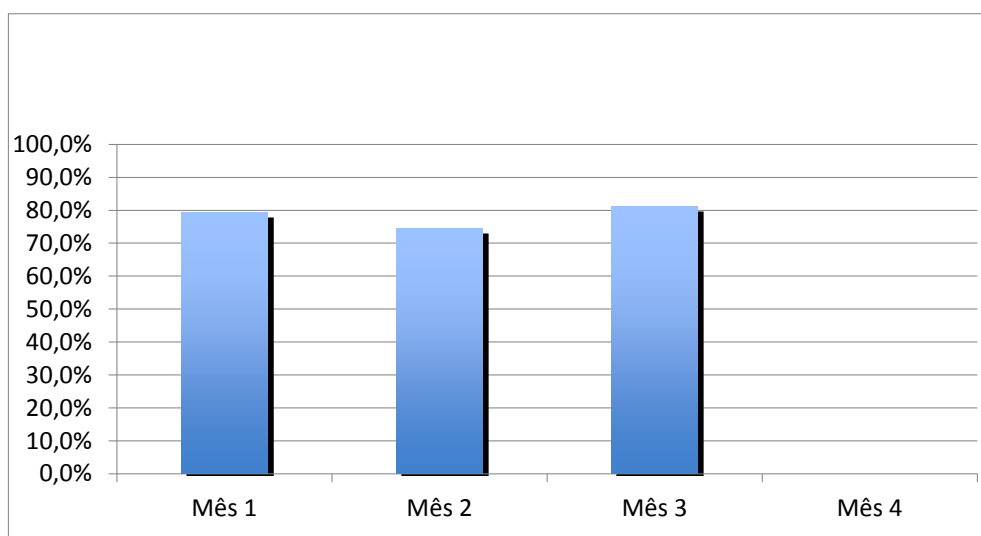


Figura 11 - Gráfico com Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal e prevenção de cáries UBS Alceu Wamosi, Barão do Triunfo, RS. Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção favoreceu a ampliação da cobertura na atenção da saúde das crianças de modo que antes da intervenção só sabíamos o número de crianças menores de um ano, e atualmente temos um maior conhecimento das demais idades. A intervenção foi muito importante para a melhoria dos registros, que era bastante deficitário ao início e principalmente para qualidade da atenção nas crianças que permitiu um adequado monitoramento do crescimento e desenvolvimento ponderal assim como importante a identificação das crianças de risco.

Nossa intervenção foi muito importante para a equipe já que exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, relativos ao Protocolo de Atenção à Saúde das Crianças. Foram trabalhados temas sobre o acolhimento, frequência de consultas, aleitamento materno, vacinas, e prevenção de acidentes. A capacitação da enfermeira e das ACS sobre as técnicas adequadas de peso, comprimento, medida do perímetro cefálico e preenchimento e interpretação das curvas de crescimento e registro de vacinas do cartão da criança foram essenciais e qualificaram muito o monitoramento.

Todas estas atividades promoveram trabalho integrado da médica, da técnica de enfermagem, do enfermeiro, agentes comunitários de saúde, auxiliar de odontologia, odontóloga e da recepcionista, sendo ficaram muito bem delimitadas as atribuições da equipe, o que favoreceu o desenvolvimento da intervenção de modo ordenado e conjunto.

As ações desenvolvidas tiveram impacto em outras atividades no serviço, ampliando o número de pesquisas de câncer cérvix uterino, do risco concepcional, aumento da pesquisa de câncer de mama, mediante o exame clínico das mamas. Tudo isso nas mães das crianças atendidas durante a intervenção, que também desenvolveram as atividades de promoção de saúde referentes ao aleitamento materno, importância das vacinas, alimentação adequada das crianças, prevenção de acidentes, e higiene bucal.

O desenvolvimento da intervenção foi importante para o serviço já que mobilizou a atenção a um maior número de pessoas, tanto crianças na faixa etária compreendida no projeto, como de outras crianças maiores, de suas mães e de outros familiares. Antes da intervenção, o número de crianças acompanhadas em seu crescimento e desenvolvimento era muito baixo, e em sua maiorianão faziam estas consultas, só quando a crianças ficava doente, não existia engajamento com o

resto da equipe para este tipo de atendimento, às vezes só a enfermeira revisava as vacinas na carteirinha. A intervenção reviu as atribuições da equipe melhorando o atendimento das crianças. Melhorou o cadastramento do número de crianças na área de abrangência, além do agendamento destas consultas. A classificação de risco destas crianças foi importante para priorizar os atendimentos delas.

Temos percebido também a importância da intervenção para a comunidade, pois as mães e familiares demonstram satisfação que manifestam em conversas com outros pacientes e vizinhos, também para nós em consultas e até para os gestores da prefeitura. Os avós querem trazer seus netos e pedem que sejam agendados ainda sem ter a idade compreendida entre zero e 72 meses. Apesar de todos os esforços e ações, ainda a cobertura não foi a desejada, pois ficou um pouco mais dos 30% das crianças sem acompanhamento.

A intervenção poderia ter sido facilitada pela melhoria do engajamento com a comunidade, discutir, tanto com a comunidade quanto equipe, a melhor maneira de implementar a intervenção. Neste momento, acho que para melhorar a intervenção, seria necessário aumentar o número de consultas domiciliares nas crianças, já que as mães não tem a suficiente educação sanitária e não dão importância ao acompanhamento das crianças. A equipe está mais integrada, melhor capacitada, conhece a forma de trabalho e podemos melhorar a intervenção incorporada na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço, mas temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, dos familiares e das mães especialmente, em relação a necessidades de priorização da atenção das crianças em especial aquelas de maior risco devido a baixo peso, anemia, doenças crônicas associadas, etc.

A falta de algumas informações pode ter sido a causa do registro inadequado de algum dos dados das crianças, pelo qual, a equipe vai adequar as fichas espelhos das recém-nascidas que se incorporarem ao programa, e refletir adequadamente nelas, assim como uma melhor coleta de dados, que permita monitorar melhor os indicadores previstos no projeto.

Tomando este projeto como exemplo, para melhorar a atenção à saúde em nosso serviço, também estamos organizando outras ações programáticas com o grupo de HIPERDIA, para melhorar a atenção à saúde no serviço.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Faremos uma exposição da intervenção desenvolvida na ESF Alceu Wamosi, do município Barão do Triunfo, a intervenção durou 12 semanas, no período 16 de março até o dia 4 de junho do ano 2015, como parte do trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família pela Rede UNASUS. Esta intervenção foi realizada no Programa de Atenção a Saúde da criança, na área adstrita da ESF Alceu Wamosi. O total da população-alvo que compreende a área de abrangência é de 1269 pacientes, destes 88 crianças compreendidas de zero até 72 meses.

O objetivo geral de nosso trabalho foi melhorar a qualidade da atenção da saúde das crianças de zero até 72 meses, cadastradas em nossa área de abrangência, sendo muito gratificante o apoio dos integrantes da equipe, da comunidade adstrita e gestores da secretaria municipal de saúde, para conseguir cumprir com as ações propostas no cronograma.

Os atendimentos nas consultas de puericultura não contemplavam a rotina do trabalho diário do serviço, pelo qual elaboramos um cronograma de atividades e capacitações para toda a equipe, além de disponibilizar em lugar acessível o Protocolo de Atenção na Saúde das Crianças pelo que todos os profissionais poderiam revisar o mesmo. Ao iniciar o trabalho de intervenção, fui prejudicado pelo aumento da demanda espontânea e a falta de técnica de enfermagem, logo os gestores da secretaria da saúde incorporaram uma técnica em enfermagem na equipe de saúde, e começamos a capacitação da equipe, no acolhimento e nas informações que devem ser fornecidas à mãe.

Também fizemos palestras antes de começar as consultas para informar às mães sobre as facilidades oferecidas na ESF para a realização da atenção à saúde

da criança e sobre a importância destas consultas, além disso, aproveitamos a atenção a grupos específicos para a divulgação do projeto de intervenção.

As crianças foram atendidas de manhã e de tarde nos dias de consultas, segunda, terça e quintas-feiras, de forma programada e priorizada, mas se alguma procurasse de forma espontânea também procuramos fazer acompanhamento da criança. Às vezes existiu inconformidade em alguns usuários que reclamam pela demora dos atendimentos pelo qual a equipe explicava para eles a importância do projeto. Os dados das crianças foram registrados nos Prontuários, Caderneta de vacinas e Ficha espelho e, sendo arquivados numa pasta com acesso total de cada um dos membros da ESF, garantindo melhor organização do serviço.

Com a realização deste projeto, além de melhorar a qualidade do atendimento das crianças de nossa área de abrangência, também conseguimos incorporar as ações desenvolvidas durante a intervenção à nossa rotina de trabalho, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como a Atenção a saúde da mulher, que compreende a Saúde reprodutiva, Prevenção do câncer de colo de útero e a Prevenção do câncer de mama, mediante exame clínico dos seios; também melhorou a atenção à pessoa idosa, e atenção à grupos de HIPERDIA.

Nas crianças cadastradas na área adstrita tivemos 3 (5,2%) crianças com a primeira consulta realizada na primeira semana de vida, e ainda todas 58 (100%) tiveram seu crescimento monitorado sendo que destas, três estavam com déficit de peso e duas com excesso de peso. Garantimos 100% de crianças com monitoramento de desenvolvimento e ainda uma cobertura vacinal de 94,8% e ainda 81% de suplementação de ferro.

Um ganho relevante com a intervenção foi às buscas ativas às crianças faltosas que foram realizadas em todas as crianças que faltaram às consultas programáticas. Além disso, as mães receberam orientações de promoção à saúde sobre nutrição, higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie. Tivemos dificuldades com as consultas odontológicas, pois apesar da Odontóloga ter capacitado a equipe sobre avaliação de atendimento odontológico e oferecido sua ajuda para o desenvolvimento da intervenção, existiram diversas causas que dificultaram a permanência da odontologista, como: atestados médicos por doenças, férias, e compressor defeituoso, impossibilitando o trabalho dela o atendimento clínico à estas crianças.



Muitos destes aspectos dependiam da gestão, esta lacuna interferiu nas metas propostas na intervenção, sendo muito baixo o indicador de crianças com a primeira consulta odontológica feitas, e um pouco melhor, o indicador de avaliação das necessidades odontológicas.

Achamos muito importante o apoio oferecido pelos gestores da secretaria de saúde do município que contribuiu na realização de nossas ações, já que nas primeiras quatro semanas tiveram dificuldades com o carro para fazer visitas domiciliares dos pacientes em geral e crianças faltosas. Mas estas situações estão resolvidas. Nossos gestores então propiciaram os recursos materiais, estruturais e diferentes aprovisionamentos de vacinas que são aplicadas seguem campanhas, e medicamentos, assim como a disponibilidade de transporte para fazer consultas domiciliares a crianças faltosas que moram distantes da ESF e o deslocamento das mães e crianças até o Hospital ou clínica para fazer a Triagem auditiva nos casos que precisaram, além de outros exames ou acompanhamento especializado.

A intervenção se encontra inserida na rotina de funcionamento da ESF, o trabalho foi muito importante para a comunidade, foi uma experiência nova para a equipe que realizou um esforço para o desenvolvimento do projeto, que sem ajuda de vocês como gestores, não podia haver sido desenvolvida, e com certeza continuaram dando seu apoio para continuar desenvolvendo este trabalho. Foi um avanço, a quantidade de crianças avaliadas, 65%(58 crianças), mas ainda não atingimos as metas propostas 85%(66 crianças), pero as mães e parte da comunidade estão mais sensibilizadas com o trabalho e temos possibilidades futuras de continuar a desenvolver o atendimento destas crianças, estendendo também a outros grupos de risco, como rotina permanente na ESF Alceu Wamosi no município Barão do Triunfo, RS.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Para os usuários da ESF Alceu Wamosi:

Comunicamos que desde o dia 16 de março até o dia 4 de junho do ano 2015, foi realizada uma intervenção em saúde no Programa de Atenção a Saúde da criança, na área adstrita da ESF Alceu Wamosi. A intervenção durou 12 semanas e teve como objetivo geral melhorar a qualidade da atenção da saúde das crianças de zero até 72 meses, cadastradas em nossa área de abrangência. Foi muito gratificante o apoio dos integrantes da equipe, da comunidade adstrita e gestores para conseguir cumprir com as ações propostas no cronograma.

Os atendimentos nas consultas de puericultura não era parte da rotina do trabalho diário do serviço, por isso elaboramos um cronograma de atividades e capacitações em vários temas para toda a equipe. Também fizemos palestras antes de começar as consultas para informar às mães sobre as facilidades oferecidas na ESF para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância destas consultas; além disso, aproveitamos a atenção a grupos específicos para a divulgação do projeto de intervenção.

As crianças foram atendidas com consultas agendadas, de forma programada e priorizada, mas se alguma mãe surgia de forma espontânea também procuramos fazer acompanhamento da criança. Às vezes existiu inconformidade em alguns usuários que reclamam pela demora dos atendimentos, mas a equipe explicava para eles a importância do projeto.

Em relação à adesão dos usuários ao programa podemos dizer que várias crianças faltaram às consultas programadas, mesmo que durante as visitas

domiciliares as mães tenham recebido orientações sobre a importância do acompanhamento, assim que consideramos oportuno aumentar as ações de conscientização das mães neste sentido. Nossa maior dificuldade está relacionada com o início precoce do acompanhamento já que as mães acham que só é importante consultar as crianças quando estão doentes. Há também uma resistência em se trazer às crianças ao odontologista pelo que consideramos importante incrementar as ações de conscientização da população sobre o início precoce do acompanhamento através de ações de promoção de saúde, conversas com a comunidade e grupos de indivíduos que faziam acompanhamento na ESF. Acreditamos que se os líderes comunitários apoiassem mais a busca ativa das crianças nas comunidades junto aos ACS melhores resultados seriam alcançados.

Com a realização deste projeto, além de melhorar a qualidade do atendimento das crianças de nossa área de abrangência, também conseguimos incorporar as ações desenvolvidas durante a intervenção a nossa rotina de trabalho, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção a saúde da mulher, atenção à pessoa idosa, atenção a grupos de Hipertensão.

A intervenção permitiu uma cobertura de 65% do total de crianças de zero até 72 meses, sendo que 100% das crianças que participaram tivessem seu peso e desenvolvimento monitorados. Que 95% ficassem com as vacinas em dia e 81% recebessem a suplementação de ferro. Além disso, permitiu que num esforço conjunto da equipe e da secretaria as crianças realizassem o teste do pezinho e do ouvido.

A intervenção também organizou buscas para as crianças que faltaram às consultas e isso permitiu que 100% delas fossem buscadas e ainda, os registros das crianças melhoraram. Foi feita orientação às mães sobre prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais, orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie.

Foi um avanço a quantidade de crianças avaliadas (58 crianças),65%, mas ainda não atingimos as metas propostas(66 crianças),85%, pero as mães e parte da comunidade estão mais sensibilizadas com o trabalho e temos amplas possibilidades futuras de continuar e incrementar o atendimento destas crianças, estendendo também a outros grupos de usuários, os diversos programas de atenção integral.

Neste momento a intervenção se encontra inserida na rotina de funcionamento da ESF, o trabalho foi muito importante para a comunidade, foi uma experiência nova para a equipe que realizou um esforço para a culminação do projeto e com certeza continuará desenvolvendo dito trabalho.

## **7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Fazendo uma reflexão sobre meu processo pessoal de aprendizagem, posso comentar que o Curso de especialização em Saúde da família ao início foi muito difícil, muito estressante! Achei que não conseguiria legar até o final pelo problema do idioma, da tecnologia, das características de cada ação programática para ser inserida na rotina de nossa unidade assistencial, pelas muitas tarefas há desenvolver, umas semanas mais que outras, às vezes a bibliografia disponibilizada foi muito extensas. Mas depois fui me adaptando, tive o apoio da orientadora para a compreensão das diferentes tarefas, e ela me orientava sobre a melhor forma de dar respostas a elas, contribuindo a melhorar meu desenvolvimento, também a ajuda de meus colegas “online” e da equipe de trabalho.

De modo geral, eu pretendia adquirir conhecimentos da situação de saúde existente na comunidade de abrangência de minha unidade básica de saúde e de meu município, e isso foi facilitado de alguma forma nas primeiras semanas do curso conseguiu adquirir alguns conhecimentos gerais ao respeito.

Considero a documentação fornecida, os protocolos, os casos interativos, e os TQC realizados, como uma importante ferramenta no desenvolvimento de nosso trabalho na ESF. É muito gratificante sentir que minhas expectativas foram alcançadas, pois o curso foi de grande ajuda para incorporar conhecimentos sobre o manejo de algumas patologias para a atenção da saúde da população brasileira, já que disponibilizou protocolos e ferramentas para isso. Ainda teve um significado importante na minha prática profissional porque contribuiu a enriquecer meus conhecimentos científicos com a revisão de diferentes bibliografias disponibilizadas, também deu a possibilidade de compartilhar com colegas e professores de alta qualificação profissional e humana. Ao longo do curso obtivemos melhor domínio do idioma português para comunicar-nos com pacientes, colegas e orientadores; ganhamos experiência e organização no trabalho em equipe durante a realização da intervenção, propiciando a capacitação e o intercâmbio com os integrantes da equipe, com gestores, e comunidade.

Além disso, favoreceu o trabalho conjunto e humanizado da equipe, contribuindo a melhorar a qualidade dos atendimentos e a qualidade de vida dos pacientes com o desenvolvimento das ações programáticas.

O curso também possibilitou ações em conjunto com outros profissionais de diferentes áreas exemplo, NASF, assistência social, líderes da comunidade e gestores, que juntos conseguimos desenvolver as atividades planejadas no Projeto para melhorar a qualidade da Atenção à saúde das crianças e da população de forma geral.

Como aprendizado decorrente do curso, posso destacar que é a primeira experiência de aprendizagem a distancia com intercâmbios de opiniões com outros colegas e professores. Foi muito bom para o desenvolvimento do trabalho, o conhecimento dos princípios do SUS, o acolhimento como a porta de entrada ao sistema, a Carta de direito e deveres dos usuários, a necessidade de trabalhar segundo os protocolos de atendimentos do SUS e a importância de identificar riscos e educar a população para prevenir complicações, através de consultas programadas agendadas e diminuindo a demanda espontânea.

Importante destacar os casos interativos acha que foi o que mais gostei do curso, pois disponibiliza o Saiba mais, que enriquecia nossos conhecimentos de forma abreviada, e as Revisões bibliográficas dos temas com dificuldades no TQC. Em conjunto todo isso, cada aspecto, contribui a melhorar nossa qualidade humana e científica no fornecimento da atenção ao povo brasileiro.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

## **Anexos**



**Anexo A - Documento do comitê de ética**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

| Indicadores de Saúde de Crianças - Mês 1 |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Município                                | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município | Município |
|  |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
| 01                                       | 02        | 03        | 04        | 05        | 06        | 07        | 08        | 09        | 10        | 11        | 12        | 13        | 14        | 15        | 16        | 17        | 18        | 19        | 20        | 21        | 22        | 23        | 24        | 25        | 26        | 27        | 28        | 29        | 30        |
| 31                                       | 32        | 33        | 34        | 35        | 36        | 37        | 38        | 39        | 40        | 41        | 42        | 43        | 44        | 45        | 46        | 47        | 48        | 49        | 50        | 51        | 52        | 53        | 54        | 55        | 56        | 57        | 58        | 59        | 60        |
| 61                                       | 62        | 63        | 64        | 65        | 66        | 67        | 68        | 69        | 70        | 71        | 72        | 73        | 74        | 75        | 76        | 77        | 78        | 79        | 80        | 81        | 82        | 83        | 84        | 85        | 86        | 87        | 88        | 89        | 90        |
| 91                                       | 92        | 93        | 94        | 95        | 96        | 97        | 98        | 99        | 100       | 101       | 102       | 103       | 104       | 105       | 106       | 107       | 108       | 109       | 110       | 111       | 112       | 113       | 114       | 115       | 116       | 117       | 118       | 119       | 120       |
| 121                                      | 122       | 123       | 124       | 125       | 126       | 127       | 128       | 129       | 130       | 131       | 132       | 133       | 134       | 135       | 136       | 137       | 138       | 139       | 140       | 141       | 142       | 143       | 144       | 145       | 146       | 147       | 148       | 149       | 150       |
| 151                                      | 152       | 153       | 154       | 155       | 156       | 157       | 158       | 159       | 160       | 161       | 162       | 163       | 164       | 165       | 166       | 167       | 168       | 169       | 170       | 171       | 172       | 173       | 174       | 175       | 176       | 177       | 178       | 179       | 180       |
| 181                                      | 182       | 183       | 184       | 185       | 186       | 187       | 188       | 189       | 190       | 191       | 192       | 193       | 194       | 195       | 196       | 197       | 198       | 199       | 200       | 201       | 202       | 203       | 204       | 205       | 206       | 207       | 208       | 209       | 210       |
| 211                                      | 212       | 213       | 214       | 215       | 216       | 217       | 218       | 219       | 220       | 221       | 222       | 223       | 224       | 225       | 226       | 227       | 228       | 229       | 230       | 231       | 232       | 233       | 234       | 235       | 236       | 237       | 238       | 239       | 240       |
| 241                                      | 242       | 243       | 244       | 245       | 246       | 247       | 248       | 249       | 250       | 251       | 252       | 253       | 254       | 255       | 256       | 257       | 258       | 259       | 260       | 261       | 262       | 263       | 264       | 265       | 266       | 267       | 268       | 269       | 270       |
| 271                                      | 272       | 273       | 274       | 275       | 276       | 277       | 278       | 279       | 280       | 281       | 282       | 283       | 284       | 285       | 286       | 287       | 288       | 289       | 290       | 291       | 292       | 293       | 294       | 295       | 296       | 297       | 298       | 299       | 300       |
| 301                                      | 302       | 303       | 304       | 305       | 306       | 307       | 308       | 309       | 310       | 311       | 312       | 313       | 314       | 315       | 316       | 317       | 318       | 319       | 320       | 321       | 322       | 323       | 324       | 325       | 326       | 327       | 328       | 329       | 330       |
| 331                                      | 332       | 333       | 334       | 335       | 336       | 337       | 338       | 339       | 340       | 341       | 342       | 343       | 344       | 345       | 346       | 347       | 348       | 349       | 350       | 351       | 352       | 353       | 354       | 355       | 356       | 357       | 358       | 359       | 360       |
| 361                                      | 362       | 363       | 364       | 365       | 366       | 367       | 368       | 369       | 370       | 371       | 372       | 373       | 374       | 375       | 376       | 377       | 378       | 379       | 380       | 381       | 382       | 383       | 384       | 385       | 386       | 387       | 388       | 389       | 390       |
| 391                                      | 392       | 393       | 394       | 395       | 396       | 397       | 398       | 399       | 400       | 401       | 402       | 403       | 404       | 405       | 406       | 407       | 408       | 409       | 410       | 411       | 412       | 413       | 414       | 415       | 416       | 417       | 418       | 419       | 420       |
| 421                                      | 422       | 423       | 424       | 425       | 426       | 427       | 428       | 429       | 430       | 431       | 432       | 433       | 434       | 435       | 436       | 437       | 438       | 439       | 440       | 441       | 442       | 443       | 444       | 445       | 446       | 447       | 448       | 449       | 450       |
| 451                                      | 452       | 453       | 454       | 455       | 456       | 457       | 458       | 459       | 460       | 461       | 462       | 463       | 464       | 465       | 466       | 467       | 468       | 469       | 470       | 471       | 472       | 473       | 474       | 475       | 476       | 477       | 478       | 479       | 480       |
| 481                                      | 482       | 483       | 484       | 485       | 486       | 487       | 488       | 489       | 490       | 491       | 492       | 493       | 494       | 495       | 496       | 497       | 498       | 499       | 500       | 501       | 502       | 503       | 504       | 505       | 506       | 507       | 508       | 509       | 510       |
| 511                                      | 512       | 513       | 514       | 515       | 516       | 517       | 518       | 519       | 520       | 521       | 522       | 523       | 524       | 525       | 526       | 527       | 528       | 529       | 530       | 531       | 532       | 533       | 534       | 535       | 536       | 537       | 538       | 539       | 540       |
| 541                                      | 542       | 543       | 544       | 545       | 546       | 547       | 548       | 549       | 550       | 551       | 552       | 553       | 554       | 555       | 556       | 557       | 558       | 559       | 560       | 561       | 562       | 563       | 564       | 565       | 566       | 567       | 568       | 569       | 570       |
| 571                                      | 572       | 573       | 574       | 575       | 576       | 577       | 578       | 579       | 580       | 581       | 582       | 583       | 584       | 585       | 586       | 587       | 588       | 589       | 590       | 591       | 592       | 593       | 594       | 595       | 596       | 597       | 598       | 599       | 600       |
| 601                                      | 602       | 603       | 604       | 605       | 606       | 607       | 608       | 609       | 610       | 611       | 612       | 613       | 614       | 615       | 616       | 617       | 618       | 619       | 620       | 621       | 622       | 623       | 624       | 625       | 626       | 627       | 628       | 629       | 630       |
| 631                                      | 632       | 633       | 634       | 635       | 636       | 637       | 638       | 639       | 640       | 641       | 642       | 643       | 644       | 645       | 646       | 647       | 648       | 649       | 650       | 651       | 652       | 653       | 654       | 655       | 656       | 657       | 658       | 659       | 660       |
| 661                                      | 662       | 663       | 664       | 665       | 666       | 667       | 668       | 669       | 670       | 671       | 672       | 673       | 674       | 675       | 676       | 677       | 678       | 679       | 680       | 681       | 682       | 683       | 684       | 685       | 686       | 687       | 688       | 689       | 690       |
| 691                                      | 692       | 693       | 694       | 695       | 696       | 697       | 698       | 699       | 700       | 701       | 702       | 703       | 704       | 705       | 706       | 707       | 708       | 709       | 710       | 711       | 712       | 713       | 714       | 715       | 716       | 717       | 718       | 719       | 720       |
| 721                                      | 722       | 723       | 724       | 725       | 726       | 727       | 728       | 729       | 730       | 731       | 732       | 733       | 734       | 735       | 736       | 737       | 738       | 739       | 740       | 741       | 742       | 743       | 744       | 745       | 746       | 747       | 748       | 749       | 750       |
| 751                                      | 752       | 753       | 754       | 755       | 756       | 757       | 758       | 759       | 760       | 761       | 762       | 763       | 764       | 765       | 766       | 767       | 768       | 769       | 770       | 771       | 772       | 773       | 774       | 775       | 776       | 777       | 778       | 779       | 780       |
| 781                                      | 782       | 783       | 784       | 785       | 786       | 787       | 788       | 789       | 790       | 791       | 792       | 793       | 794       | 795       | 796       | 797       | 798       | 799       | 800       | 801       | 802       | 803       | 804       | 805       | 806       | 807       | 808       | 809       | 810       |
| 811                                      | 812       | 813       | 814       | 815       | 816       | 817       | 818       | 819       | 820       | 821       | 822       | 823       | 824       | 825       | 826       | 827       | 828       | 829       | 830       | 831       | 832       | 833       | 834       | 835       | 836       | 837       | 838       | 839       | 840       |
| 841                                      | 842       | 843       | 844       | 845       | 846       | 847       | 848       | 849       | 850       | 851       | 852       | 853       | 854       | 855       | 856       | 857       | 858       | 859       | 860       | 861       | 862       | 863       | 864       | 865       | 866       | 867       | 868       | 869       | 870       |
| 871                                      | 872       | 873       | 874       | 875       | 876       | 877       | 878       | 879       | 880       | 881       | 882       | 883       | 884       | 885       | 886       | 887       | 888       | 889       | 890       | 891       | 892       | 893       | 894       | 895       | 896       | 897       | 898       | 899       | 900       |
| 901                                      | 902       | 903       | 904       | 905       | 906       | 907       | 908       | 909       | 910       | 911       | 912       | 913       | 914       | 915       | 916       | 917       | 918       | 919       | 920       | 921       | 922       | 923       | 924       | 925       | 926       | 927       | 928       | 929       | 930       |
| 931                                      | 932       | 933       | 934       | 935       | 936       | 937       | 938       | 939       | 940       | 941       | 942       | 943       | 944       | 945       | 946       | 947       | 948       | 949       | 950       | 951       | 952       | 953       | 954       | 955       | 956       | 957       | 958       | 959       | 960       |
| 961                                      | 962       | 963       | 964       | 965       | 966       | 967       | 968       | 969       | 970       | 971       | 972       | 973       | 974       | 975       | 976       | 977       | 978       | 979       | 980       | 981       | 982       | 983       | 984       | 985       | 986       | 987       | 988       | 989       | 990       |
| 991                                      | 992       | 993       | 994       | 995       | 996       | 997       | 998       | 999       | 1000      | 1001      | 1002      | 1003      | 1004      | 1005      | 1006      | 1007      | 1008      | 1009      | 1010      | 1011      | 1012      | 1013      | 1014      | 1015      | 1016      | 1017      | 1018      | 1019      | 1020      |



**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

| CONSULTA CLÍNICA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Profissional que atendeu  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IMC em Kg/m <sup>2</sup> (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uso de sulfato ferroso (sim ou não)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| É necessário atendimento odontológico?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Criança com risco?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orientação sobre prevenção de acidentes na infância   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orientação sobre higiene bucal  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data da próxima consulta  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

---



---



---



---



---



---



---

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante